

COLABORACIÓN ESPECIAL**LAS MUJERES Y EL TABACO: CARACTERÍSTICAS LIGADAS AL GÉNERO****Elisardo Becoña Iglesias y Fernando L. Vázquez González**

Unidad de Tabaquismo. Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Universidad de Santiago de Compostela.

RESUMEN

El porcentaje de mujeres fumadoras está todavía aumentando en España. Si persisten los patrones actuales de fumar entre las mujeres, el número de muertes continuará creciendo de modo acusado en el próximo siglo. Es posible que en un futuro cercano fumen más mujeres que hombres entre la población adulta española. En esta revisión se actualiza lo que se conoce sobre el impacto que tiene fumar cigarrillos en la salud de las mujeres, los patrones de consumo actuales entre las mismas, los factores especiales que influyen en que fumen y las dificultades que tienen cuando consideran e intentan dejar de fumar. También sugerimos formas en las cuales el consejo mínimo, la terapia de conducta y los productos sustitutivos de la nicotina se pueden incorporar como estrategias de tratamiento adaptadas a las necesidades especiales de las mujeres que fuman.

Palabras clave: Tabaco. Salud y mujer. Abandono del tabaco.

ABSTRACT**Women and Cigarette Smoking:
Gender-Related Aspects**

The percentage of women smokers is still on the rise in Spain. If the current smoking patterns among women continue, the number of deaths will continue rising sharply over the next hundred years. There may be more female smokers than male smokers in the adult population in Spain in the near future. This review provides an update of current knowledge as to the impact cigarette smoking has on women's health, the current patterns of use among them, the special factors which have a bearing on their smoking and the difficulties they have when they are considering the possibility of or trying to quit smoking. We also suggest ways in which a minimum degree of counseling, behavior therapy and nicotine substitute can be incorporated as treatment strategies suited to the special needs of women smokers.

Key words: Cigarette smoking. Health and women. Smoking cessation.

INTRODUCCIÓN

La evolución del tabaquismo en las mujeres es diferente a la de los hombres¹. La mujer apenas fumaba en los países desarrollados antes de la Segunda Guerra Mundial. Importantes cambios sociológicos, como

fueron su incorporación al mundo laboral y los movimientos de emancipación e igualdad, fundamentalmente durante los años 50 y 60, propiciaron la introducción de las mujeres en el hábito de fumar tabaco². Las consecuencias de ello comienzan a ser desastrosas. Fumar mata aproximadamente a medio millón de mujeres cada año y es la causa evitable más importante de muerte prematura de las mujeres en la mayoría de los países desarrollados³. En 1995 murieron en Europa 113.011 mujeres a causa del tabaco⁴.

En España, en concreto, es muy preocupante el consumo de tabaco en las mujeres,

Correspondencia:
Elisardo Becoña.
Unidad de Tabaquismo.
Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología.
Universidad de Santiago de Compostela.
Campus Universitario Sur.
15706 Santiago de Compostela.
Correo electrónico: pcelisar@uscmail.usc.es.

fundamentalmente porque todavía se observa una tendencia al aumento de la prevalencia⁵. Si continúa esta tendencia es posible que, en un futuro cercano, haya más mujeres fumadoras que hombres fumadores entre la población adulta. Así, desde 1987 a 1995, el consumo en las mujeres ha pasado del 23% al 27.2%⁶. La mayor proporción de fumadoras se encuentra entre las más jóvenes. El consumo entre las adolescentes es ya en España equiparable o ligeramente superior al de los varones. A los 15 años de edad, el 15.5% de las chicas y el 11.0% de los chicos fuman regularmente⁷. Esta tendencia también se comienza a observar en otras categorías de edad y en poblaciones específicas. Así, en una población de universitarios, el 36.7% de las mujeres y el 32.9% de los hombres son fumadores⁸. Si las cosas no cambian en España, es fácil prever que dentro de unos años la elevada prevalencia de la conducta de fumar que se observa en el grupo de las mujeres jóvenes culminará en un aumento en la morbimortalidad de la mujer producida por las enfermedades relacionadas con el tabaco.

El objetivo de este artículo es hacer una revisión, con la finalidad de actualizar, dar cohesión a una literatura dispersa y conocer las lagunas de conocimiento, de aquellos aspectos más definitorios de la relación entre la mujer y el tabaco, así como la exposición de aquellas estrategias para dejar de fumar que son más eficaces desde el punto de vista clínico con esta población. Se hizo una investigación computarizada de la literatura relevante en las bases de datos del Medline y el Psyclit de todos los años disponibles (ej., 1966-1999 y 1974-1999, respectivamente). Se incluyeron los términos cigarettes, nicotine smoking, tobacco, woman, sex y gender. Esta investigación detectó 56 artículos relevantes sobre los aspectos tratados en esta revisión. Además, se pidió información a autores relevantes y se utilizaron otros artículos y trabajos de metaanálisis para localizar otros trabajos que analizaran alguno de los aspectos incluidos en esta revisión. En los estudios de tratamiento, cuando fue posible, sólo se incluyeron aquellos ensayos

aleatorizados sobre dejar de fumar con al menos 6 meses de seguimiento.

Enfermedades de la mujer relacionadas con el consumo de tabaco

Durante mucho tiempo, las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco se consideraron como asociadas a los hombres y la industria del tabaco hizo creer a las mujeres que ellas eran inmunes a los efectos del tabaco. Aunque este argumento prevaleció en los países industrializados, básicamente durante las décadas de los años cincuenta y de los sesenta, ahora también se dirige a los países en vías de desarrollo⁵. Sin embargo, el tabaco tiene efectos muy nocivos sobre la salud de las mujeres. Si el consumo de tabaco continúa incrementándose en las mujeres, las tasas de mortalidad y morbilidad asociadas al tabaco serán tan significativas como en los hombres o incluso más⁹. Por ejemplo, en Estados Unidos se ha observado un incremento en la incidencia a lo largo del tiempo más marcada de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en las mujeres que en los hombres¹⁰. Las tasas de cáncer de pulmón están aumentando en las mujeres en la mayoría de los países del mundo¹⁰. También se ha observado en las fumadoras un incremento de cáncer de vejiga, pelvis renal y riñón, y cáncer de páncreas¹¹. El tabaquismo también es un factor de riesgo para el cáncer de cérvix¹², aunque algunos autores atribuyen esta relación a factores de confusión y no al tabaco¹³. En otro estudio también se encontró un mayor riesgo de cáncer de mama en mujeres fumadoras, especialmente si el inicio del consumo de tabaco era temprano y la historia de consumo mayor de 30 años¹⁴. El consumo de tabaco en la mujer está ligado a la aparición temprana de la menopausia y está asociado con la osteoporosis. Las mujeres fumadoras que estén utilizando contraceptivos orales presentan un mayor riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular. La mujer fumadora presenta una menopausia más precoz, relacionada probablemente con el efecto tóxico

del humo del cigarrillo sobre los folículos ováricos o por la interferencia con la liberación de la hormona luteinizante¹⁵. Aunque no es privativo del sexo femenino ni puede considerarse una enfermedad, el consumo de tabaco también está asociado a la aparición prematura de arrugas faciales y con el deterioro del aspecto general de la piel, el mal aliento, la tinción amarillenta de los dedos y de los dientes¹⁵.

El consumo de tabaco interfiere en la fertilidad. Se ha encontrado un mayor retraso en la concepción en las fumadoras que en las no fumadoras. Se incrementan los riesgos de infertilidad total y de embarazo ectópico¹⁶⁻¹⁷. Una vez iniciado el embarazo, el tabaco está asociado con una mayor incidencia de patología placentaria (placenta previa, desprendimiento prematuro, hemorragias, ruptura de las membranas, etc.), parto prematuro, abortos espontáneos, bajo peso al nacer y muerte perinatal¹⁷⁻²². El riesgo de aborto espontáneo es de un 10-20% superior en las fumadoras y la proporción de partos prematuros atribuibles al tabaco es de un 10-20%. Los hijos de las fumadoras pesan aproximadamente entre 150 y 250 gramos menos que los de las no fumadoras. La reducción en el peso del recién nacido es proporcional al número de cigarrillos que fuma la madre y estos bebés tienen un perímetro craneal y del pecho más pequeño¹⁷. El bajo peso al nacer es uno de los principales predictores de morbilidad en el bebé²⁰. El retardo en el crecimiento fetal parece que puede ser causado por los gases producidos por el tabaco, como el monóxido de carbono, que podrían provocar hipoxia placentaria y disminuir la liberación de nutrientes vitales para el organismo¹⁷.

Fumar durante la maternidad aumenta la probabilidad de que los niños desarrollen trastornos pulmonares, incluyendo bronquitis, neumonía, asma, así como infecciones del oído medio y el síndrome infantil de muerte súbita¹⁷⁻¹⁸. En las mujeres gestantes fumadoras hay un incremento del riesgo de muerte neonatal de hasta un 35%²³. Los hallazgos son contradictorios en cuanto a si hay

algún tipo de asociación entre fumar durante el embarazo y el surgimiento de malformaciones congénitas, o con un retraso en el crecimiento físico e intelectual o con determinados problemas de conducta que pueda experimentar el niño durante su desarrollo.

Motivos de las mujeres para continuar fumando

Aunque muchas mujeres se consideran a sí mismas adictas y sienten aversión a fumar, los cigarrillos producen efectos físicos, psicológicos y sociales que hacen que sigan fumando. La ausencia del conocimiento acerca de los peligros de fumar para la salud, aunque no es una razón fundamental, puede no obstante contribuir a que algunas mujeres fumen²⁴. Las mujeres, al igual que los hombres, en parte fuman debido a las propiedades adictivas de la nicotina. En 1988, en el informe del Surgeon General de Estados Unidos²⁵, se indicaba que fumar reunía todos los criterios para considerarlo como una adicción (consumo compulsivo, efectos psicoactivos, dependencia física). Al igual que otras sustancias psicoactivas de abuso, la nicotina produce efectos que el fumador puede considerar beneficiosos. La nicotina intensifica los sentimientos de bienestar, produce activación o relajación, ayuda a mantener la atención, ayuda a controlar el peso y el apetito y reduce la ansiedad²⁶. Las mujeres también pueden fumar para tener tiempo para sí mismas, para facilitar la interacción social y como una fuente de placer y confort^{27,28}. Hay otras razones que pueden impulsarlas a continuar fumando tales como tener una sensación de autonomía, o como medio de autodefinición, o para dar imagen de frialdad, de difícil, desafiante, sexi y esbelta²⁸. Es más probable que las mujeres fumen si sus apoyos sociales significativos también fuman²⁹.

Algunos de estos beneficios, tales como el manejo del estado de ánimo y el control de peso, son especialmente relevantes para las mujeres. Hay evidencia que demuestra que

muchas mujeres no intentan dejar de fumar por miedo a ganar peso. Numerosos estudios muestran que los fumadores mantienen bajo su peso y que su control es una motivación significativa para continuar fumando³⁰. Un estudio en mujeres adolescentes de Londres y Ottawa concluyó que la ansiedad relacionada con el control del cuerpo, el miedo a sentirse demasiado gordas y el miedo a perder el control sobre la ingesta de comida, pueden ser factores que condicionan de forma importante el mantenimiento del consumo de tabaco entre las adolescentes, quienes a menudo creen que el tabaco les ayudará en su objetivo de control y pérdida de peso³¹. Curiosamente, en nuestro medio, las mujeres que dejan de fumar tan sólo ganan un promedio de 1.6 kilos en un plazo de 3 años³². También se ha encontrado una clara relación entre fumar cigarrillos y la depresión, sintomatología depresiva o afecto negativo³³⁻³⁵. La eficacia de las intervenciones para dejar de fumar en este subgrupo de fumadores es menor, especialmente entre las mujeres³⁴.

Factores clave que dificultan el abandono de los cigarrillos en las mujeres

Hay tres factores fundamentales que pueden ser un obstáculo para que una fumadora abandone los cigarrillos³⁶: 1) afrontamiento del afecto negativo; 2) obtener apoyo social; y, 3) controlar el peso corporal. El estrés y/o el afecto negativo provocan más recaídas en las mujeres que en los hombres¹⁷. Las mujeres afrontan de una forma más pasiva sus problemas laborales, matrimoniales, etc. Parece ser que la forma de afrontamiento con el estrés es más de tipo paliativo que activo con el evento estresante. La conducta de fumar es una herramienta que le permite a la fumadora realizar un afrontamiento de ese tipo, ya que a nivel emocional alivia su estado sin tener que modificar directamente la situación estresante. En cuanto al apoyo social, es bien conocido que las mujeres lo usan más que los hombres para afrontar el estrés y cambiar los estilos de vida. El apoyo social debe ser un

componente básico en los programas para dejar de fumar dirigidos a las mujeres. De hecho, las mujeres obtienen porcentajes de eficacia más bajas en intervenciones para dejar de fumar con farmacoterapia y en tratamientos educacionales que en intervenciones conductuales o de psicoterapia^{37,38}. El apoyo social en forma de asistencia de grupo o individual para dejar de fumar y el apoyo posterior de otras personas relevantes (esposo, hijos, amigos) para mantener la abstinencia, es un componente especialmente indicado para las mujeres.

Por último, el factor peso es clave para que una mujer se implique en el abandono de los cigarrillos. El miedo a ganar peso y el que en algunos casos ocurra después de dejar de fumar son cuestiones que preocupan a las mujeres fumadoras. La mayoría de éstas no quiere engordar, como mucho estarían dispuestas a ganar unos dos kilos³⁹. De hecho, es más probable que las mujeres abandonen los tratamientos para dejar de fumar que los hombres por esta razón⁴⁰. A pesar de que cada vez es mayor el interés de los investigadores en encontrar soluciones eficaces para aquellas personas que aumentan su peso cuando dejan de fumar, todavía no se ha encontrado una solución adecuada, aunque hay algunas intervenciones que son prometedoras⁴¹.

Respuesta de las mujeres a los tratamientos para dejar de fumar

Tanto los hombres como las mujeres tienen múltiples razones para dejar de fumar, entre otras, la preocupación sobre su salud, presión social, demostrar autocontrol y el ahorro económico^{42,43}. Sin embargo, la elevada capacidad adictiva del tabaco representa un serio obstáculo para convencer a muchas mujeres de que incluso fumar pocos cigarrillos es nocivo para su salud. Las estrategias de tratamiento para dejar de fumar se han multiplicado de manera espectacular en los últimos 15 años, debido en parte a la introducción de los agentes farmacológicos⁴⁴.

La *Agency for Health Care Policy and Research* (AHCPR) ha resumido recientemente la gran cantidad de literatura publicada sobre este asunto⁴⁵. La AHCPR no sólo examinó la eficacia de los tratamientos farmacológicos para dejar de fumar, sino que buscó determinar la intensidad y el contenido del tratamiento conductual para maximizar la abstinencia. También examinó la efectividad de estos tratamientos en subpoblaciones especiales de fumadores (mujeres, adolescentes). En cuanto al sexo, se concluyó que no hay evidencia consistente de diferencias por sexo en respuesta a los tratamientos para dejar de fumar⁴⁵. La investigación sugiere que las mujeres se beneficiarían de las mismas intervenciones que los hombres, aunque las mujeres puede que tengan que enfrentarse a factores estresantes y barreras diferentes que los hombres para dejar de fumar (mayor probabilidad de depresión, miedo a ganar peso). Por lo tanto, los programas asistenciales para mujeres deberían tener en cuenta sus necesidades específicas. Una intervención de tabaquismo dirigida a mujeres debería ofrecer apoyo terapéutico farmacológico y conductual, combinado con enfoques específicos de género tales como la gestión del propio estilo de vida, programas nutricionales para el control de peso y estrategias de manejo del estrés⁴⁶. También pueden ser efectivas intervenciones para dejar de fumar más breves, administradas por personal clínico, como parte de la rutina de las visitas médicas⁴⁷.

Sin embargo, la posibilidad de que haya una respuesta diferencial de las mujeres a los tratamientos no debe ser olvidada. Algunos estudios de tratamiento, en los que se utilizaron intervenciones conductuales o combinación de terapia sustitutiva de nicotina e intervención conductual han obtenido mayores porcentajes de eficacia para los hombres⁴⁸⁻⁵¹. Por ejemplo, Hatsukami et al⁴⁹ encontraron que el chicle de 4 mg era igual de eficaz en hombres que en mujeres, mientras que el de 2 mg era más eficaz en suprimir la sintomatología producida por la abstinencia de los cigarrillos en hombres que en mujeres. Killen et

al⁵¹ encontraron que 2 mg de nicotina redujo el deseo de nicotina (craving) en hombres de modo más efectivo que en las mujeres.

Hay algunas variables que tal vez podrían explicar las diferencias en los porcentajes de abstinencia entre sexos que se encontraron en algunos estudios. Entre los mediadores potenciales en la cesación diferencial se incluyen variables demográficas y de historia de fumar^{48,52-54}, mayores beneficios percibidos al fumar por parte de la mujer, en particular en el manejo del estado de ánimo y en el control del peso³⁶, diferencias entre sexos en el apoyo social, el estrés percibido y la autoeficacia^{55,56} y mayor sintomatología del síndrome de abstinencia en las mujeres como una función del ciclo menstrual⁵⁷.

Tratamientos para dejar de fumar para las mujeres embarazadas

Varios estudios realizados en Norteamérica, Europa y Australia⁵⁸⁻⁶² muestran que los porcentajes de fumar en algún período durante el embarazo oscila entre el 20% y el 40%. Más del 16% de las mujeres gestantes fuma durante la segunda mitad del embarazo⁶³ y aproximadamente la mitad de éstas fuma más de 10 cigarrillos diarios⁶³, poniéndose a ellas mismas y a sus fetos en riesgo de sufrir consecuencias adversas para la salud. Es de destacar que si la mujer deja de fumar al quedar embarazada, los riesgos de desarrollar alguna patología son idénticos a los de una no fumadora. Se calcula que si todas las mujeres renunciasen a fumar durante el embarazo el número de muertes fetales y de lactantes disminuiría en aproximadamente un 10%. Tampoco hay ninguna duda de los elevados costes derivados de los cuidados a los bebés de las madres fumadoras. Un análisis de costes realizado en Estados Unidos ha puesto de manifiesto que los costes atribuidos a fumar durante el embarazo en 1993 oscilaron entre 135 y 167 millones de dólares⁶⁴.

Desafortunadamente, aunque la mayoría de las mujeres embarazadas conoce los ries-

gos de fumar para su bebé, éstas no tienen una mayor intención de dejar de fumar que las mujeres fumadoras no embarazadas⁶⁵. Diferentes estudios ponen de manifiesto que durante el tiempo que dura la gestación dejan de fumar entre el 20-40% de las mujeres fumadoras^{66,67}. La mayoría de las mujeres que lo dejan durante el embarazo lo hacen por iniciativa propia e independientemente del consejo médico u otro tipo de intervenciones que puedan recibir.

La mayoría de las intervenciones dirigidas a mujeres embarazadas son efectivas, aunque algunos de los estudios que las han evaluado presentan lagunas metodológicas (representatividad de la muestra, tamaño de la muestra, ausencia de validación bioquímica)⁶⁸. El consejo médico es una estrategia prometedora, aunque los resultados obtenidos con el mismo no siempre son positivos⁶⁹ y las intervenciones de autoayuda consiguen sólo resultados modestos, alrededor del 10-14%⁷⁰. Las estrategias conductuales han demostrado que son las más eficaces en esta población, consiguiendo las mejores intervenciones en torno al 38% de abstinencia^{71,72}. La eficacia de las intervenciones en esta población está relacionada con la utilización de métodos más intensivos, con múltiples contactos y múltiples formatos⁷³. Para reducir la prevalencia durante el embarazo es necesario llevar a cabo intervenciones con anterioridad al embarazo y se deberían dirigir a grupos de riesgo, tales como los de las mujeres más jóvenes, las que tienen menos estudios y las fumadoras altamente dependientes de la nicotina⁶⁷.

Una vez que ha nacido el bebé muchas mujeres pierden la motivación para continuar abstinentes, pues en la mayoría de los casos el motivo fundamental por el que renunciaron al consumo de tabaco fue el de preservar la salud del mismo. Los datos disponibles confirman que la recaída es muy alta en las fumadoras que dejaron de fumar durante su embarazo. Por ejemplo, McBride y Pirie⁷⁴ encontraron que el 65% de las mujeres que dejaron de fumar durante el embara-

zo había recaído a los 6 meses de dar a luz. Entre los predictores de la recaída postparto se incluyen que el marido fume, bajo apoyo social, bajos niveles de autoeficacia, embarazos previos y un menor nivel de creencia de la madre en los efectos perjudiciales de fumar sobre el feto^{75,76}.

Una estrategia prometedora para evitar la recaída es la de proporcionar sesiones de apoyo. En un estudio llevado a cabo en Estocolmo, se logró reducir el porcentaje de recaída, transcurridos 8 meses después del parto, al 20%⁷⁷. La sesión de apoyo tuvo lugar dentro de las primeras cuatro semanas después del parto. El objetivo de esta intervención fue explorar nuevos motivos personales de la mujer que podían ayudarla a mantenerse sin fumar después del nacimiento del niño.

Tabaco y otras patologías en la mujer y su tratamiento

La más conocida y mejor documentada de estas patologías es la depresión³⁵. La depresión mayor, ya sea historia de depresión mayor, actual o subsindrómica, representa un desafío para muchas mujeres cuando intentan dejar de fumar. La depresión puede influir en que las mujeres dejen de fumar por varias razones⁷⁸: 1) la depresión es dos veces más común entre las mujeres que en los hombres; 2) hay una asociación entre fracaso al dejar de fumar e historia de depresión mayor y afecto negativo; 3) dejar de fumar es más difícil en determinadas fases del ciclo reproductivo, fases en las que hay un aumento de la disforia; 4) determinados subgrupos de mujeres presentan un riesgo elevado de tener depresión (menos nivel educativo). La terapia farmacológica o psicológica, ya sea combinada o sola, presentan resultados alentadores^{79,80}. También es más probable que las mujeres que fuman tengan más trastornos de ansiedad⁸¹ y de bulimia⁸² que las no fumadoras.

Parece probable que muchas mujeres fumadoras con este tipo de psicopatologías uti-

lizan la nicotina para manejar los déficits afectivos y conductuales⁸³. Las patologías pueden reaparecer o exacerbarse al dejar de fumar. En vez de ser efectos transitorios, que alcanzan su apogeo en dos o tres días y después desaparecen, pueden persistir y llegar a ser cada vez más molestos. La persona puede sentirse tan molesta por la sintomatología que recaer. Si esto es cierto, claramente tiene repercusiones en el tratamiento. Las manifestaciones subclínicas de problemas como la depresión, la ansiedad y los episodios descontrolados de sobreingesta de alimentos son tan comunes en las mujeres que puede ser útil preguntar por la historia de tales problemas para anticipar y prevenir contra la posible reaparición de las mismas. La Asociación de Psiquiatría Americana⁸⁴ señala que aquellos fumadores que tengan una historia de un trastorno psiquiátrico, pero que no estén en tratamiento farmacológico o psicoterapia, el comenzar de nuevo cualquiera de las dos formas de tratamiento, podría disminuir el riesgo de fracasar en el tratamiento para dejar de fumar y prevenir la recidiva de la enfermedad psiquiátrica. Aunque todavía no se ha demostrado que esto sea eficaz, si el paciente o el clínico cree que la sintomatología psiquiátrica ha precipitado las recaídas en anteriores intentos para dejar de fumar, se podría considerar la posibilidad de reanudar el tratamiento para el trastorno psiquiátrico en cuestión. En los individuos afectados más severamente puede ser útil tratarlos concomitante o secuencialmente con la conducta de fumar⁸⁰.

CONCLUSIONES

En síntesis, mientras hay evidencia de que existen diferencias en algunos factores fisiológicos, psicológicos y conductuales entre las fumadoras y los fumadores⁸⁵, no está claro si estas diferencias influyen en la capacidad de dejar de fumar o permanecer abstinentes. Los datos de los primeros estudios apuntaban a que las mujeres fumadoras lograban peores resultados al intentar dejar de

fumar. Datos más recientes sugieren que las mujeres obtienen los mismos porcentajes de eficacia que los hombres^{36,45,83,86}. Hay pocos estudios que hayan investigado programas específicos adaptados a las mujeres. Aunque la investigación sugiere que las mujeres logran los mismos beneficios que los hombres de las intervenciones para dejar de fumar⁴³, las mujeres pueden tener que afrontar otro tipo de obstáculos y barreras para dejar de fumar que se deben tener en cuenta durante el tratamiento. Esto incluye, fundamentalmente, la depresión, el apoyo social y el miedo a ganar peso^{36,86}. Aunque parece no haber diferencias en los porcentajes de eficacia que obtienen los hombres y las mujeres en los programas para dejar de fumar, es más probable que éstas abandonen los cigarrillos con una intervención que sin ella⁴³. Las necesidades de las mujeres y la respuesta al tratamiento con sustitutos de nicotina puede ser diferente a la de los hombres⁸³, tal como se ha encontrado en diferentes estudio^{49,51}. La utilización de sustitutos de la nicotina durante el embarazo es discutible⁸⁷. Se recomienda que las mujeres embarazadas utilicen métodos no farmacológicos como primera opción de tratamiento para dejar de fumar y la terapia sustitutiva con nicotina como segunda cuando los primeros no sean exitosos⁸⁸. La nicotina podría repercutir negativamente en el desarrollo del sistema nervioso central. Sin embargo, el nivel de nicotina al que el feto puede ser expuesto es mucho más bajo si se utilizan chicles o parches de nicotina. La terapia sustitutiva de nicotina debería ser tomada en consideración durante el embarazo, en concreto el parche de nicotina, en aquellas mujeres que no han sido capaces de dejar de fumar a causa de los síntomas del síndrome de abstinencia⁸⁴. Si se utiliza un sustituto de nicotina, la mujer debería comprender los beneficios y los riesgos de la terapia sustitutiva con la misma y los clínicos deberían considerar una dosis más baja y un tratamiento más corto para reducir la exposición del feto a la nicotina⁸⁴.

El consejo para dejar de fumar es una intervención que produce efectos beneficiosos

y es una intervención con una relación coste-efectividad muy favorable⁸⁹. Incluso dar consejo breve es beneficioso y se debería utilizar si no se pudiese llevar a cabo un consejo más intensivo⁴⁵. Las intervenciones psicológicas conductuales intensivas consiguen buenos resultados tanto en mujeres no embarazadas³⁸, como en mujeres embarazadas⁷³. En España, hay varios tratamientos disponibles de este tipo⁹⁰ que se pueden utilizar con esta población.

Parece, por tanto, que los profesionales de la salud pueden jugar un papel importante en animar a las mujeres a dejar de fumar y que hay estrategias para ayudarles eficazmente a abandonar los cigarrillos. La accesibilidad de las mujeres fumadoras a estas estrategias, junto con la actitud de los profesionales de la salud, son fundamentales, dada la magnitud del problema y la tendencia ascendente del hábito de fumar en el caso de las mujeres puesto que, además de padecer las enfermedades ya conocidas en los hombres derivadas del tabaquismo, presentan otras enfermedades específicas propias. La historia de fumar en los hombres está condenada a ser repetida en las mujeres, a menos que los profesionales nos impliquemos seriamente en este tema. Como indica Pomerleau⁸³ el desafío ahora es determinar si la eficacia de las intervenciones pueden ser intensificadas todavía más por aproximaciones más especializadas, basándose en la mejor comprensión de las diferencias individuales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chollat-Traquet C. La mujer y el tabaco. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1993.
2. Becoña E, Galego P, Lorenzo MC. El tabaco y su abandono. Santiago de Compostela: Plan Autonómico sobre Drogodependencias; 1987.
3. Amos A. Women and smoking. *Br Med Bull* 1997; 52:74-89.
4. Peto R, López AD, Boreham, J, Thun M, Heath C. Mortality from tobacco in developed countries 1950-2000. Indirect estimates from national vital statistics. Revised figures. Oxford: Oxford University Press; 1998.
5. Joossens L, Sasco A, Salvador T, Villalbí JR. Las mujeres y el tabaco en la unión europea. *Rev Esp Salud Pública* 1999; 73: 3-11.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud, 1995. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1997.
7. Mendoza R, Sagrera MR, Batista JM. Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud (1986-1990). Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 1994.
8. Becoña E, Vázquez FL, Cerqueiro R. Dependencia de la nicotina y consumo de tabaco en estudiantes de Psicología. *Rev Esp Drogodep* 1997; 22: 271-280.
9. World Health Organization. The World Health Report. Making a difference. [Http://www.who.int/home/info.html](http://www.who.int/home/info.html).
10. Thun MJ, Heath, CW. Changes in mortality from smoking in two American Cancer Society Prospective Studies since 1950. *Prev Med* 1997; 26: 422-426.
11. Sasco AJ. World burden of tobacco related cancer. *Lancet* 1991; 338: 123-124.
12. Bartechi CE, MacKenzie TD, Shrier RW. The human cost of tobacco (First of two parts). *N Eng J Med* 1994; 330: 907-912.
13. Doll R. Cancers weakly related to smoking. *Br Med Bull* 1996; 52: 35-49.
14. Benicke K, Conrad G, Sabroe S, Toft Sorensen H. Cigarette and breast cancer. *BMJ* 1995; 310: 1431-1433.
15. González JM, Romero A. Tabaco y otros problemas de salud. En: Becoña E, ed. Libro blanco sobre el tabaquismo en España. Barcelona: Glosa; 1998.p. 79-88.
16. Stergachis A, Scholes D, Daling JR et al. Maternal cigarette smoking and the risk of tubal pregnancy. *Am J Epidemiol* 1991; 13: 332-337.
17. USDHHS. The health benefits of smoking cessation. A report of the Surgeon General. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; 1990.
18. American Thoracic Society. Cigarette smoking and health. *Am J Respir Crit Care Med* 1996; 153: 861-865.

19. Ananth CV, Savitz DA, Luther ER. Maternal cigarette smoking as a risk factor for placental abruption, placenta previa, and uterine bleeding in pregnancy. *Am J Epidemiol* 1996; 144: 881-889.
20. Floyd RL, Rimer BK, Giovino GA, Mullen PD, Sullivan SE. A review of smoking in pregnancy: Effects on pregnancy outcomes and cessation efforts. *Ann Rev Public Health* 1993; 14: 379-411.
21. Hernández JR, Terciado JV. Tabaquismo pasivo. *Rev Clin Esp* 1994; 194: 492-497.
22. Sherman CB. Health effects of cigarette smoking. *Clin Chest Med* 1991; 12: 643-658.
23. Cruz E, Perrin DG, Hackman R. Maternal smoking and pulmonary neuroendocrine cell in sudden infant death syndrome. *Pediatric* 1996; 98; 4: 668-672.
24. Mermelstein RJ, Borrelli B. Women and smoking. En: Stanton AL, Gallant SJ, eds. *The psychology of women's health. Progress and challenges in research and application*. Washington, DC: American Psychological Association; 1995.p. 309-348.
25. USDHHS. *The health consequences of smoking: Nicotine addiction. A report of the Surgeon General*. Rockville MD: US Department of Health and Human Services; 1988.
26. Benowitz NL. Pharmacologic aspects of cigarette smoking and nicotine addiction. *N Engl J Med* 1988; 319:1318-1330.
27. Huston P. The benefits of smoking. *Can Med Assoc J* 1995; 152: 143.
28. Brosky G. Why do pregnant women smoke and can they quit? *Can Med Assoc J* 1995; 152: 163-165.
29. Cnattingius S, Lindmark G, Metrik R. Who continues to smoke while pregnant? *J Epidemiol Community Health* 1992; 46:218-221.
30. Pomerleau C, Ehrlih E, Tate J, Marks J, Flessland K, Pomerleau O. The women weight-control smoker: a profile? *J Substance Abuse* 1993; 5: 391-400.
31. Crisp AH, Stavrakaki C, Halek C, Williams E, Segwick P, Kiossis I, Smoking and pursuit of thinness in schoolgirls in London and Ottawa. *Postgrad Med J* 1998; 74: 473-479.
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. Glassman AH. Cigarette smoking: Implications for psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 546-553.
34. Glassman AH, Covey LS. Smoking and affective disorders. *Am J Health Behav* 1996; 20: 279-285.
35. Vázquez FL, Becoña, E. ¿El hábito de fumar tiene relación con la depresión? *Psicothema* 1998; 10:229-239.
36. Solomon LJ, Flynn BS. Women who smoke. En: Orleans CT, Slade J, eds. *Nicotine Addiction: Principles and management*. Nueva York: Oxford University Press; 1993.p.339-349.
37. USDHHS. *The health consequences of smoking for women. A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services; 1980.
38. Lando HA, Gritz ER. Smoking cessation techniques. *J Am Med Womens Assoc* 1996; 51:31-4, 47.
39. Pomerleau CS, Kurth C. Willingness of female smokers to tolerate postcessation weight gain. *J Subst Abuse* 1997; 1:371-378.
40. Mizes S, Sloan M, Segraves K, Spring B, Pingitore R, Kristeller J. The influence of weight-related variables on smoking cessation. *Behav Ther* 1998; 29:371-385.
41. Perkins KA, Levine MD, Marcus MD, Shiffman S. Addressing women's concerns about weight gain due to smoking cessation. *J Subst Abuse Treat* 1997; 14: 173-182.
26. Curry SJ, Wagner EH, Grothaus LC. Intrinsic and extrinsic motivation for smoking cessation. *J Consult Clin Psychol* 1990; 58:310-316.
42. Curry SJ, Grothaus I.C, McBride C. Reasons for quitting: Intrinsic and extrinsic motivation for smoking cessation in a population-based sample of smokers. *Addict Behav* 1997; 22:727-739.
43. Gritz ER, Thompson B, Emmons K, Ockene J, McLerran D, Nielsen IR. Gender differences among smokers and quitters in the working well trial. *Prev Med* 1998; 27:553-561.
44. Hatsukami DK, Mooney ME. Pharmacological and behavioral strategies for smoking cessation. *J Clin Psychol Med Settings* 1999; 6: 11-38.

45. USDHHS. Clinical Practice Guideline nº 18. Smoking cessation. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services; 1996.
46. Rieder A, Schoberberger R, Kunze M. Helping women to stop smoking. *Int J Smoking Cessation* 1993; 2: 34-39.
47. Manfredi C, Crittenden KS, Warnecke R, Engler J, Cho YI, Shaligram MS. Evaluation of a motivational smoking cessation intervention for women in public health clinics. *Prev Med* 1999; 28: 51-60.
48. Bjornson W, Rand C, Connett JE, Lindgren P, Nides M, Pope F et al. Gender differences in smoking cessation after 3 years in The Lung Health Study. *Am J Public Health* 1995; 85: 223-230.
49. Hatsukami D, Skoog K, Allen S, Bliss R. Gender and the effects of different doses of nicotine gum on tobacco withdrawal symptoms. *Exp Clin Pharmacol* 1995; 3:163-173.
50. Herber JR, Kristeller J, Ockene JK, Landon J, Luippold R, Goldberg RJ et al. Patient characteristics and the effect of three physician-delivered smoking interventions. *Prev Med* 1992; 21:557-573.
51. Killen JD, Fortmann SP, Newman B, Varady A. Evaluation of a treatment approach combining nicotine gum with self-guided behavioral treatments for smoking relapse prevention. *J Consult Clin Psychol* 1990; 58:85-92.
52. Jarvis MJ. Gender differences in smoking cessation: Real or myth? *Tobacco Control* 1994; 3:324-328.
53. Osler M, Prescott E, Godtfredsen H, Schnohr P. Gender and determinants of smoking cessation: A longitudinal study. *Prev Med* 1999; 29: 57-62.
54. King AC, Taylor CB, Haskell WL. Smoking in older women: Is being female a "risk factor" for continued cigarette use? *Arch Intern Med* 1990; 150:1841-1846.
55. Grunberg NE, Winders SE, Wewers ME. Gender differences in tobacco use. *Health Psychol* 1991; 10:143-153.
56. Waldrom I. Patterns and causes of gender differences in smoking. *Social Sci Med* 1991; 32:989-1005.
57. De Bon M, Kleges RC, Kleges LM. Symptomatology across the menstrual cycle in smoking and nonsmoking women. *Addict Behav* 1995; 20:335-343.
58. Clark JM, Maclaine K. The effects of smoking in pregnancy: A review of approaches to behavioural change. *Midwifery* 1992; 8: 19-30.
59. Condon JT, Hilton CA. A comparison of smoking and drinking behaviours in pregnant women: Who abstains and why? *Med J Australia* 1988; 148: 381-385.
60. Dodds L. Prevalence of smoking among pregnant women in Nova Scotia from 1988 to 1992. *CMAJ* 1995; 152: 185-190.
61. MMWR. Cigarette smoking among reproductive-aged women- behavioral risk factor surveillance system. *Morb Mortal Wkly Rep* 1991; 40: 719-723.
62. Ruiz, MJ, Nerín, I. Tabaco y embarazo. *Rev Prevención Tabaquismo* 1996; 5: 10-13.
63. Stewart D, Streiner D. Cigarette smoking during pregnancy. *Can J Psychiatry* 1995; 40: 603-607.
64. Adams EK, Melvin CL. Costs of maternal conditions attributable to smoking during pregnancy. *Am J Prev Med* 1998; 15: 212-219.
65. Hutchison K, Stevens V, Collins F. Cigarette smoking and the intention to quit among pregnant smokers. *J Behav Med* 1996; 19:307-316.
66. O'Campo P, Brown H, Faden RR, Gielen AC. The impact of pregnancy on women's prenatal and postpartum smoking behavior. *Am J Prev Med* 1992, 8,8-13.
67. Mas R, Escriba V, Colomer C. Who quits smoking during pregnancy? *Scand J Soc Med* 1996; 24:102-106.
68. Windsor RA, Boyd NR, Orleans CT. A meta-evaluation of smoking cessation intervention research among pregnant women: Improving the science art. *Health Educ Res* 1998; 13; 419-438.
69. Secker-Walker R, Solomon L, Flynn B, Skelly J, Mead P. Reducing smoking during pregnancy and postpartum: Physician's advice supported by individual counseling. *Prev Med* 1998; 27:422-430.
70. Valbf A, Schioldborg P. Smoking cessation in pregnancy. The effect of self-help manuals. *Fetal-Maternal Invest* 1994; 4:167-170.

71. Valbf A, Schioldborg P. Smoking cessation in pregnancy: Mode of intervention and effect. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1991; 70:309-313.
72. Gritz ER, Kristeller JL, Burns DM. Treating nicotine addiction in high-risk groups and patients with medical co-morbidity. En: Orleans CT, Slade J, eds. *Nicotine addiction. Principles and management*. Nueva York: Oxford University Press; 1993.p. 279-309.
73. Mullen P, Ramirez G, Groff J. A meta-analysis of randomized trials of prenatal smoking cessation interventions. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171:1328-34.
74. McBride CM, Pirie PL. Postpartum smoking relapse. *Addict Behav* 1990; 15:165-168.
75. Quinn VP, Mullen PD, Ershoff DH. Women who stop smoking spontaneously prior to prenatal care and predictors of relapse before delivery. *Addict Behav* 1991; 16:29-40.
76. McBride CM, Pirie PL, Curry SJ. Postpartum relapse to smoking- A prospective study. *Health Educ Res* 1992; 7:381-390.
77. Haglund M. Smoke free pregnancy and early childhood - a nation wide intervention programme in Sweden, Presentation at the First European Symposium on Smoking and Pregnancy, 25-27 May 1998; Bremen.
78. 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.
79. Hall SM, Reus VI, Muñoz RF, Sees KL, Humfleet G, Hartz DT et al. Nortriptyline and cognitive-behavioral therapy in the treatment of cigarette smoking. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55:683-690.
80. Vázquez FL, Becoña E. Treatment of major depression associated with smoking cessation. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 98: 507-508.
81. Breslau N, Kilbey M, Andreski P. Nicotine dependence, major depression and anxiety in young adults. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48:1069-1074.
82. Welch S, Fairburn CG. Smoking and bulimia nervosa. *Inter J Eating Dis* 1998; 23:433-437.
83. Pomerleau CS. Smoking and nicotine replacement treatment. Issues specific to women. *Am J Health Behav* 1996; 20:291-299.
84. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. *Am J Psychiatry* 1996; 153:1-31.
85. Gritz ER, Nielsen IR, Brooks LA. Smoking cessation and gender: The influence of physiological, psychological, and behavioral factors. *J Am Med Womens Assoc* 1996; 51:35-42.
86. Becoña E, Vázquez FL. *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Dykinson; 1998.
87. Benowitz NL. Nicotine replacement therapy during pregnancy. *JAMA* 1991; 266: 3174-3177.
88. Fiore M, Jorenby D, Baker T, Kenford S. Tobacco dependence and the nicotine patch. *Clinical Guidelines for effective use*. *JAMA* 1992; 268:2687-2694.
89. Comas A, Suárez R, López ML, Cueto A. Coste-efectividad del consejo sanitario antitabaco en atención primaria de salud. *Gac Sanit* 1998; 12: 126-132.
90. Becoña E. Programa para dejar de fumar. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela; 1993.