

## **Recientes resultados en el tratamiento del tabaquismo femenino**

### ***Recent results in women smoking treatment***

**MIGUEL A. MUÑOZ<sup>1</sup>**

**ANTONI G. BAENA<sup>2</sup>**

**ANTONIO CEPEDA-BENITO<sup>3</sup>**

Fecha de Recepción: 14-11-2005

Fecha de Aceptación: 03-04-2006

#### **RESUMEN**

*El informe del Surgeon General en 2001, mostró claramente que el tabaquismo es un problema que cada año atañe a más mujeres. En general, los estudios arrojan resultados contradictorios, no obstante, algunos autores insisten en que las mujeres presentan más dificultades y de diferente tipo que los hombres cuando deciden abandonar el tabaco.*

*En este artículo se revisan diferentes factores (terapia sustitutiva, estados afectivos, preocupación por el peso, malestar producido por el ciclo menstrual y apoyo social), que influyen en la cesación tabáquica en mujeres, con el objetivo de señalar las acciones terapéuticas más adecuadas para el tratamiento del tabaquismo femenino. Se revisa también la literatura existente en el cese tabáquico durante el periodo de gestación, por ser una fase donde aspectos motivacionales, sociales, médicos y culturales pueden facilitar la decisión de dejar de fumar.*

<sup>1</sup> Departamento de Psicología. Universidad de Granada. España

<sup>2</sup> Grupo de Estudio de Adicciones. Universidad Ramón Llull. Barcelona. España

<sup>3</sup> Department of Psychology Texas. A&M. University-College Station, TX-EE.UU.

### **ABSTRACT**

*Surgeon General 2001 memorandum showed clearly that smoking is an ever increasing problem in females. Although evidence is contradictory, some authors claim that women have more difficulties and of different type than men when they decide to give up smoking.*

*This paper reviews a number of factors (e.g., surrogate therapy, affective states, concern about weight, menstrual cycle related distress and social support) that affect women smoking cessation so as to guide the most appropriate therapeutic strategies. A review of literature about smoking cessation during pregnancy is also made –during this period a number of motivational, social, medical and cultural factors can make the smoking cessation easier.*

### **PALABRAS CLAVE**

*Tabaquismo, Tratamiento, Mujeres, Embarazo.*

### **KEY WORDS**

*Women Smoking, Smoking cessation, Therapeutic strategies, Pregnancy.*

## INTRODUCCIÓN

El primer informe del Surgeon General de EEUU dedicado a la mujer y al tabaco (U.S. Department of Health and Human Services [USDHHS] 1980) fue publicado 16 años después del conocido informe de "Tabaco y Salud" del Comité Consultivo del Surgeon General (U.S. Department of Health, Education, and Welfare [USDHEW] 1964).

El informe de 1980 demostró claramente que las mujeres también eran presa del hábito de fumar y de sus perjudiciales consecuencias. Desde ese momento, cientos de estudios han incrementado sustancialmente el conocimiento sobre el consumo de tabaco en la mujer. Este nuevo conocimiento fue recopilado en un informe del Surgeon General en 2001 (USDHHS, 2001). Quizás la forma más sucinta de resumir las consecuencias de fumar en la salud de las mujeres sea citar al propio Cirujano General, Dr. Davir Satcher: "... no hay mejores palabras que describir el 600 por cien de incremento en el porcentaje de las muertes de mujeres debidas al cáncer de pulmón desde 1950, una enfermedad ante todo causada por el consumo de tabaco. Claramente, las enfermedades relacionadas con el tabaco en las mujeres son una *epidemia hecha y derecha* (p.1; USDHHS, 2001).

La literatura recogida en ese informe indicaba que en algunos estudios clínicos con mujeres, éstas tenían más dificultades para dejar

de fumar que los hombres, aunque el informe remarcaba que no había suficientes datos para alcanzar una conclusión definitiva (USDHHS, 2001). En general, los estudios individuales arrojan resultados contradictorios (ver Gritz, Nielsen, y Brooks, 1996; Freund, D'Agostino, Belanger, Kannel, y Stokes, 1992). No obstante, algunos autores insisten en que las mujeres presentan más dificultades que los hombres en el abandono del tabaco (Cepeda-Benito, Reynoso, y Erath, 2004; Hatsukami, Skoog, Allen, y Bliss, 1995; Perkins, 1996; 2001; Pennebaker y Roberts, 1992).

En este artículo se realiza una intensa revisión de diferentes estudios, señalando aquellos factores a tener en cuenta en el tratamiento del tabaquismo en mujeres. Las bases de datos empleadas para la búsqueda fueron PsycInfo, Proquest Psychology Journals y Medline, entre los años 1985 hasta 2004.

## BARRERAS PARA LAS MUJERES EN LA CESACIÓN TABÁQUICA

En los últimos años algunos investigadores han prestado una estrecha atención a cinco factores que podrían representar un mayor obstáculo en el tratamiento del tabaquismo en mujeres. Las hipótesis de trabajo son que 1) las mujeres responden más pobremente a la Terapia Sustitutiva de Nicotina (TSN), 2) las mujeres son más vulnerables a la sintomatología depresiva y ansiosa tras abandonar el tabaco, 3) la preocupación por el

peso ganado y por la figura tras la deshabituación, 4) los efectos del ciclo menstrual aumentan los síntomas del Síndrome de Abstinencia Tabáquica (SAT) tras la cesación y 5) las mujeres, o no reciben o no responden a los efectos beneficiosos del refuerzo social durante la cesación. A continuación repasaremos los estudios científicos con el fin de arrojar luz, si es que es posible, sobre cada una de estas hipótesis.

### **1. Diferente eficacia de la TSN en hombres y mujeres**

La terapia sustitutiva de nicotina fue introducida hace dos décadas y es la farmacoterapia más comúnmente usada para la cesación tabáquica (Burton, Gitchell y Shiffman, 2000). Se cree que la TSN ayuda a los fumadores a dejar el tabaco porque principalmente reduce las ganas de fumar y el SAT, reemplazando parcialmente los efectos psicoactivos positivos asociados con fumar cigarrillos (p.ej. mejorando el humor y la atención), a la vez que disocia la conducta de fumar con los efectos de la nicotina (Henningfield, 1995).

En todas sus presentaciones: chicle, parche, inhalador, pulverizador nasal, pastilla sublingual y comprimidos para chupar, la TSN mejora sustancialmente la probabilidad de dejar de fumar en comparación con el placebo, particularmente cuando se combina con consejo profesional (Cepeda-Benito, 1993; Fiore, Smith, Jorenby, y Baker, 1994; Fiore et al.,

2000). Algunas investigaciones en las que se había comparado la eficacia de los diferentes sustitutos de nicotina encontramos que no hay diferencias significativas a largo plazo (Hajek et al., 1999). Por lo tanto, teniendo en cuenta que la TSN no contiene los elementos cancerígenos ni tóxicos que se encuentran en el humo del cigarrillo, y que el riesgo de adicción y retirada de la TSN es mínima (Benowitz, 1998; West, et al., 2000), la TSN es altamente recomendable como método para dejar de fumar (Fiori et al., 2000).

Por otra parte, Perkins (Perkins, 1996; 2001; Perkins, Donny, y Caggiola, 1999) han planteado que las mujeres podrían beneficiarse menos que los hombres de la TSN. Basándose en una revisión de 14 estudios que realizaron comparaciones de género en la efectividad de la TSN, estos autores concluyeron que la TSN es menos relevante para las mujeres en la cesación tabáquica, entre otros motivos porque los efectos reforzantes a nivel físico de la nicotina, son menos relevantes en mujeres fumadoras. Factores tales como la socialización, aspectos sensoriales o por el placer de tener un cigarrillo entre las manos, son estímulos condicionados que tendrán un mayor peso en el reforzamiento de la conducta de consumo de tabaco.

Más recientemente, Cepeda-Benito et al., (2004) sometieron a un análisis riguroso la revisión de la eficacia de la TSN en comparación con el placebo entre hombres

y mujeres. En un meta-análisis, examinaron el tamaño de 90 efectos estadísticos adquiridos en una muestra de 21 estudios de la efectividad de la TNS frente a un tratamiento placebo. El tamaño de cada efecto se estimó como una proporción de probabilidades, con la probabilidad de alcanzar la abstinencia en el grupo TSN en el nominador y la probabilidad de alcanzar la abstinencia en el grupo placebo como denominador. Estos autores reportaron que, en los hombres, la TNS era más efectiva que el placebo en seguimientos de 3, 6, y 12 meses. Aunque en las mujeres los beneficios de la TNS eran claros a los 3 y 6 meses del tratamiento, la ventaja de la TNS sobre el placebo desaparecía a los 12 meses. Interesantemente, las mujeres parecían beneficiarse más del tratamiento TNS cuando éste se daba junto a un tratamiento relativamente intensivo y menos cuando se daba junto a un tratamiento breve. Dentro de un contexto de tratamiento breve (ej. simplemente aconsejar dejar de fumar y dar instrucciones acerca de cómo utilizar el método TNS), la TNS ayudaba a las mujeres a corto plazo solamente. En los hombres, la TNS era eficaz sin tener en cuenta la intensidad del tratamiento adjunto. Los resultados indicaban que la TNS parece ser un método eficaz para ayudar a dejar de fumar tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, para que las mujeres se beneficien de los beneficios de la TNS, sería recomendable que se recetara en combinación con técnicas psicológicas.

## **2. Regulación de los estados afectivos negativos: Depresión y Ansiedad**

Los estados afectivos negativos son un término general que engloba emociones de elevada activación o estrés como la ansiedad, la rabia o el miedo, y de baja activación como el sentimiento de tristeza, la soledad o la depresión (Gritz, Neilsen, y Brooks, 1996; Solomon y Flynn, 1993).

Como tal, los desórdenes afectivos como la Depresión Mayor (DM) y la ansiedad, presentan desafíos especiales en las mujeres fumadoras por diferentes razones. La primera es que los fumadores en comparación con los no fumadores experimentan más elevadas proporciones de desórdenes afectivos, particularmente DM y ansiedad. Esta relación parece ser dosis-dependiente: cuanto mayor es el consumo de cigarrillos mayor proporción y severidad de la DM y de los desórdenes de ansiedad (Breslau, Kilbey, y Andreski, 1992; Kendler et al., 1993). La segunda razón es que las mujeres tienen el doble de probabilidad de experimentar desórdenes afectivos que los hombres (APA, 1994; Blazer, Kessler, McGonagle, y Swartz, 1994). Finalmente, los estados afectivos negativos, se encuentran asociados con el fracaso en la deshabituación tabáquica. Siendo esta asociación más pronunciada en las mujeres (e.j., Borrelli, Bock, King, Pinto, y Marcus, 1996).

También se ha visto que las personas fuman para regular su estado

de ánimo negativo; lo que significa mejorar su humor y hacer frente al estrés, aburrimiento y/o rabia (Cepeda-Benito y Reig-Ferrer, 2000). De echo, fumar un solo cigarrillo puede provocar la elevación del humor y unos efectos placenteros a corto plazo (Henningfield, London y Jaffe, 1987). Además, fumar puede ser visto como una estrategia pasiva de afrontamiento (coping) (p.ej. estrategias que cambian el nivel de activación pero dejan la situación estresante sin cambio) y, por otra parte, puede servir como un poderoso reforzador para moderar experiencias aversivas. Siendo las mujeres las que utilizan más el tabaco para reducir los estados de ánimo negativos y el estrés (Cepeda-Benito y Reig-Ferrer, 2000).

Un estado de ánimo negativo representa un factor de riesgo para la recaída del tabaco, quizás mayor para las mujeres que para los hombres. Por ejemplo, Borland (1990) encontró que un humor negativo provocaba más fácilmente la recaída en las mujeres que en los hombres, mientras que un humor positivo lo hacía más fácilmente entre los hombres. Además, aunque aparentemente no tiene lugar entre los hombres, las mujeres con episodios crónicos o recurrentes de DM presentan proporciones de éxito menores que las mujeres con episodios simples o sin historia de DM (Covey, Glassman, Stetner, y Becker, 1993). Igualmente, una historia de DM predice el fracaso en el tratamiento, tanto a corto como a largo plazo, siendo este efecto más pronunciado entre las mujeres (Glassman et al., 1993).

También se han observado diferencias de género cuando hablamos de la relación entre la dependencia a la nicotina y la depresión, de forma que la dependencia a la nicotina es un factor de riesgo significativo para el inicio del primer episodio de DM (Breslau, Kilbey y Andreski, 1993). Por su parte, el SAT aumenta el riesgo de nuevos episodios de depresión entre los fumadores con antecedentes de depresión.

No obstante, aunque es generalmente aceptado que los episodios de depresión anteriores reducen la posibilidad de éxito, también existen evidencias contradictorias (Killen et al., 2000; Niaura et al, 1999). Así, Hitsman, Borrelli, McChargue y Spring (2003) dirigieron un meta-análisis de 15 estudios con la finalidad de examinar si los antecedentes de DM se encontraban asociados con el fracaso al dejar de fumar. Estos autores también estudiaron si la depresión representaba una mayor barrera para dejar el tabaco en las mujeres que en los hombres. Sorprendentemente los hallazgos que encontraron fueron que los episodios anteriores de DM no incrementaban el riesgo de recaída, ni a corto ni a largo plazo, y que la influencia de estos episodios en la cesación al tabaco no era diferente entre los hombres y las mujeres. Por lo tanto, estos autores concluyeron que los fumadores con historia de depresión deberían ser animados a dejar de fumar y que, contrariamente a la práctica actual, a los fumadores con un episodio de DM no se les debería aconsejar

seguir tratamientos intensivos innecesarios. No obstante, el meta-análisis no examinó, y por eso no pudo contradecir, los hallazgos que afirmaban que dejar de fumar incrementaba el riesgo de un nuevo episodio de DM.

### 3. Preocupación por el peso

Las mujeres suelen doblar las afirmaciones de preocupación por el peso y el miedo de que al dejar de fumar se gane un peso no deseado, en comparación con los hombres (ej., Froom, Relamed y Benbassat, 1998), por lo que la preocupación por el peso puede ser una barrera para la cesación tabáquica. Esto se debe a que esperan que el tabaco les ayudará a controlar su apetito y con él, su peso corporal (Cepeda-Benito y Reig-Ferrer, 2000; Wetter et al., 1994). Aunque algunos estudios sugieren que la preocupación por el peso puede no estar asociada con pobres resultados en la deshabituación al tabaco (Glasgow et al., 1999), otros afirman que la terapia centrada en la reducción de la preocupación por el peso, incrementa el éxito del tratamiento (Perkins, 2001). Parece ser que los resultados contradictorios podrían ser debidos a las diferentes metodologías utilizadas por los investigadores en el análisis de sus datos (Jeffery, Hennrikus, Lando y Murray, 2000), es decir, los investigadores que examinaron las relaciones entre dos variables, la preocupación por la ganancia de peso y el éxito en la cesación al tabaco, tenían más probabilidad de encontrar asociaciones significa-

tivas entre esas variables que los investigadores que tuvieron en cuenta otros factores como el nivel de dependencia a la nicotina.

Por otra parte, se sabe que muchos fumadores que dejan de fumar ganan peso y que las mujeres tienen tendencia a ganar más peso que los hombres (Hill, Roe, Taren, Muramoto, Leischow, 2000), aunque la ganancia de peso varía. Muchos fumadores pueden aumentar su peso en unos 4,5 kg. al dejar de fumar, pero aproximadamente el 10% ganará unos 13 kg (Froom, Melamed, y Benbassat, 1998; Klesges et al., 1997; Williamson et al., 1991). Algunos estudios sugieren que los programas intensivos de control de peso (por ej. dieta estricta) abruman al individuo durante los intentos de deshabituación y puede tener un impacto negativo en la cesación del tabaco (Hall, Tunstall, Vila, y Duffy, 1992; Perkins, 1994; Pirie, McBride, Hellerstedt, y Jeffrey, 1992). En cualquier caso, debería tenerse en cuenta que aunque fumar permite a los fumadores mantener o perder peso, el peso ganado durante la cesación es un problema de salud insignificante comparado con los riesgos asociados con fumar (Williamson et al., 1991; Burnette, Meilahn, Wing, y Kuller, 1998).

Debemos transmitir al paciente que el peso ganado tras la cesación es evitable y que la actividad física moderada puede tener efectos positivos durante la cesación tabáquica (Kawachi, Troisi, Rotnizky, y Coakley, 1996). Por ejemplo, en un estudio reciente se encontró que un

ligero o moderado ejercicio (45 minutos, 3 veces por semana) combinado con un programa de cesación cognitivo-conductual, incrementaban la cesación a largo plazo y retrasaba la ganancia de peso en las mujeres (Marcus et al., 1999).

En cuanto a la farmacoterapia para dejar de fumar (p. ej. chicle de nicotina y bupropion de liberación prolongada [SR]) tiende a atenuar la ganancia de peso durante el tratamiento. Desafortunadamente cuando el tratamiento cesa, los fumadores tienden a ganar peso hasta alcanzar el mismo nivel que los fumadores que han dejado de fumar sin farmacoterapia (Emont, y Cummings, 1987; Gross, Stitzer, y Maldonado, 1989; Jorenby, 1998). Sin embargo, un estudio reciente encontró que a largo plazo, un año, la utilización de bupropión SR en comparación con el placebo, atenuaba la ganancia de peso más entre las mujeres que entre los hombres y no sólo al final del tratamiento sino también a los 6 meses de seguimiento (Rigotti, Thorndike, y Duncan, 2000).

Más información sobre este tema nos la aportaron dos estudios que demostraron que la preocupación por el peso al dejar de fumar podría ser más relevante en las mujeres con preocupación crónica sobre su dieta y la ganancia de peso, que en aquellas mujeres poco preocupadas por ello (Ogden, y Fox, 1994; French, Perry, Leon, y Fulkerson, 1994). Esto sugiere que las mujeres poco preocupadas por el peso deberían estar más dispuestas a

aceptar alguna ganancia de peso durante los intentos de cesación, es decir, los terapeutas deberían reconocer que no todas las mujeres utilizan el cigarrillo como una herramienta de control de peso.

#### 4. Efectos del Ciclo Menstrual

En conjunto, la conducta de fumar no varía significativamente durante las fases del ciclo menstrual (Perkins et al., 1999), si tenemos en cuenta las conclusiones de diferentes revisiones que encontraron que si se producían, estos cambios eran mínimos o no significativos (Perkins et al., 1999; Pomerleau, Tate, Lumley, y Pomerleau, 1994).

Sin embargo, la información recogida en auto-informes demuestran que si se deja de fumar durante la menstruación y la fase lútea se da un aumento de la sintomatología del SAT (Craig, Parott, y Coomer, 1992; O'Hara, Portser, y Anderson, 1989; Perkins et al., 2000; Pomerleau, Garcia, Pomerleau, y Cameron, 1992). Estos hallazgos fueron confirmados en otro estudio con pacientes externos a los que se les aplicaron métodos más rigurosos para verificar la fase menstrual, como por ejemplo autoinformes, niveles hormonales y ultrasonidos transvaginales (Allen, Hatsukami, Christianson, y Brown, 2000). Estos investigadores también encontraron que la sintomatología del SAT era más severa durante la fase premenstrual y la fase lútea avanzada.

Teniendo en cuenta que el SAT y

el dolor premenstrual presentan síntomas comunes (p.ej. depresión, irritabilidad y somnolencia), es razonable esperar efectos adicionados en la cesación y en la recaída. Algunas evidencias sugieren que esas diferencias en el SAT durante las fases menstruales se traducen en un menor éxito en la deshabituación. Por ejemplo, un estudio encontró que las mujeres fumadoras en fase premenstrual fueron menos capaces de mantener la abstinencia durante dos días consecutivos con las mujeres que se encontraban en medio del ciclo, p. ej. fase folicular (Craig, Parrott, y Coomber, 1992).

Otros autores, Gritz, Nielsen y Brooks (1996), afirman en un documento no publicado que las mujeres que fueron asignadas al azar a programas de deshabituación durante la fase folicular de su ciclo menstrual, tenían niveles de éxito más elevados (70%) que aquellas mujeres que fueron aleatoriamente asignadas durante la fase lútea.

Por otra parte, los niveles basales de dolor premenstrual en mujeres asignadas a programas de deshabituación durante la fase lútea y que tuvieron éxito, eran menores que en las mujeres que no consiguieron dejar de fumar. Sin embargo, otro estudio encontró que las mujeres eran más propensas a la recaída durante la menstruación, sin tener en cuenta la fase del ciclo en la que se encontraban al iniciar el tratamiento (Frye, Ward, Bliss, y Garvey, 1992).

Considerando la evidencia de la

influencia del ciclo menstrual en la cesación tabáquica, hipotéticamente las mujeres deberían incrementar sus posibilidades de éxito planificando su intento de cesación al inicio del ciclo menstrual. Para aquellas mujeres que no pueden planificar su intento de cesación de acuerdo a su fase menstrual, se ha demostrado que el chicle de nicotina de altas dosis (4 mgrs) en comparación con el de dosis bajas (2mgrs) es más eficaz en la reducción del SAT, particularmente durante la fase lútea propiamente dicha (Hatsukami et al., 1995). En cuanto a los Parches de Nicotina Transdérmicos (PNT), también se han mostrado eficaces durante la fase lútea al reducir significativamente los síntomas del SAT y las ganas de fumar (Allen et al., 2000).

## **5. Síndrome de Abstinencia al Tabaco (SAT)**

Muchos fumadores experimentan claramente SAT, incluso a las 6 horas después del último cigarrillo (Hughes, Gust, Skoog, Keenan y Fenwick, 1991; Hughes y Hatsukami, 1986;). El SAT alcanza su pico máximo durante la primera y la tercera semana y está compuesto por ocho síntomas, tanto físicos como psicológicos. Sin embargo, el número, la intensidad y la duración de estos síntomas pueden variar entre los fumadores (APA [DSM-IV], 1994; Pomerleau, Marks, y Pomerleau, 2000).

Las diferencias de género en el SAT han sido ampliamente estudia-

das. Hughes, Higgins y Hatsukami (1990) concluyen que estudios retrospectivos sugieren que las mujeres experimentan una sintomatología más severa del SAT que los hombres. Pomerleau y cols. (1994) dirigieron la cuestión al estudio de la predisposición al recuerdo. Encontraron que las mujeres y los hombres no diferían al informar sobre la sintomatología del SAT prospectivamente, aunque sí existían diferencias cuando lo hacían retrospectivamente. Los hombres infravaloraban o recordaban más deficientemente la sintomatología del SAT, mientras que la valoración retrospectiva y prospectiva en las mujeres eran concordantes. Así, estudios controlados retrospectivos (Breslau, Kilbey, y Andreski, 1992; Pirie, Murray y Luepker, 1991) y prospectivos (Tate, Pomerleau, y Pomerleau, 1993; Gunn, 1986) no han encontrado diferencia significativa alguna entre hombres y mujeres, tanto en el número como en la severidad de los síntomas del SAT.

El SAT, particularmente aquellos síntomas afectivos como la depresión y la ansiedad, se ha demostrado como un buen predictor de la recaída del tabaco (Piasecki et al., 2000; Wetter et al., 2000). Las mujeres que presentan desórdenes afectivos tienen mayor probabilidad de experimentar una sintomatología del SAT más prolongada y severa, así mismo, existe la evidencia que las mujeres experimentan mayor alivio del SAT (p.ej. refuerzo negativo) fumando cigarrillos que los hombres, lo cual puede aumentar la vul-

nerabilidad a la recaída (Wetter et al., 1994).

En relación a esto, Gunn (1986) vio que las alteraciones que provoca el SAT se asociaban negativamente con el éxito en el tratamiento del tabaco en mujeres pero no en hombres. Este autor especula que las mujeres son más sensibles al malestar asociado con el SAT y a la recaída para aliviarlo (Gunn, 1986). Pomerleau (1996) también encontró que las mujeres que experimentaron más severamente el SAT eran más propensas a la recaída que aquellas mujeres que informaron sufrir una menor sintomatología. Este patrón no era evidente para los hombres.

## **6. Apoyo Social**

En términos generales, el apoyo social puede ser definido como aquellas conductas o actos de otros que proporcionan refuerzo emocional, sostén y aprecio (Glanz, Lewis, y Rimer, 1990). El apoyo social es importante para la salud mental y el afrontamiento de la vida diaria porque ayuda a las personas a adaptarse y a enfrentarse con los elementos estresantes; iniciar y mantener los cambios de conducta y a reducir los riesgos de salud (Cohen y Syme, 1985).

Existe la idea generalizada de que las mujeres son las proveedoras del apoyo social, lo que sugiere que la dimensión social podría ser de particular importancia para las mujeres cuando realizan cambios conductuales o se enfrentan con el estrés.

Congruentemente con esta idea, los resultados de un meta-análisis de 55 estudios sobre el efecto del apoyo social en la salud, concluyeron que el apoyo social estaba más directamente relacionado con la salud en las mujeres que en los hombres (Schwartz, y Leppin, 1989). Este estudio también indicaba que las mujeres tienden a recibir y a usar más apoyo social que los hombres para enfrentarse con el estrés y a los cambios en su estilo de vida, incluyendo por supuesto dejar de fumar (Solomon y Flynn, 1993; Stockton, McMahon, Jason, 2000).

En el contexto de la cesación tabáquica, la proporción de éxito aumenta tanto con el apoyo social en el propio tratamiento como en el apoyo externo derivado de los cónyuges, miembros de la familia y amigos (Fiore et al., 2000). Por lo que se ha identificado el apoyo social como un factor clave en la predicción del éxito a largo plazo en comparación con la recaída (Hanson, Isacson, Janzon, y Lindell, 1990). Otro estudio ha demostrado que, aunque el apoyo social no estaba directamente relacionado con la cesación, sí predice el mantenimiento de la abstinencia a los 6 y a los 12 meses tanto en hombres como en mujeres (Curry, Thompson, Sexton, y Omenn, 1989). Otro hallazgo interesante es el que hace referencia al estatus de fumador de los individuos que proporcionan ayuda. Se ha demostrado que la ayuda ofrecida por no-fumadores o ex fumadores se encuentra positivamente relacionada con proporciones más elevadas de cesación que

la ofrecida por fumadores (Bjornson et al., 1995; Murray et al., 1995).

Por lo tanto, podemos decir que no está totalmente claro que el apoyo social juegue un papel diferente para las mujeres y para los hombres en la cesación tabáquica. Por ejemplo, algunos estudios de deshabitación tabáquica encontraron un mayor efecto del apoyo social entre las mujeres (Fisher, Lichtenstein, Haire-Joshu, y Morgan, 1993), mientras que otros autores encontraron lo contrario (Murray et al., 1995). En el "Estudio sobre la Salud del Pulmón" (Lung Health Study-LHS), un amplio programa multicéntrico de cesación, el apoyo social parecía jugar un importante papel. Aunque las mujeres tenían menor proporción de cesación que los hombres a los 12 meses (25% versus 29%) y a los 36 meses (19% versus 22%), no se encontraron diferencias entre los participantes que vivían con no fumadores. En cambio, para los participantes que vivían con mujeres fumadoras estaban menos predispuestas a dejar de fumar y más a recaer a los 24 meses (Bjornson et al., 1995). Las mujeres que conformaron esta muestra presentaban una mayor probabilidad de vivir con fumadores que con no fumadores. Dada la relación entre el estatus de fumador de las personas que proporcionan apoyo y de las personas con las que se convive, estos hallazgos sugieren que el apoyo social podría ser más importante para la mujeres. Aunque, considerando que las mujeres de esta muestra solían vivir más con fumadores que con no-

fumadores, los resultados también sugieren que las mujeres podrían haber proporcionado más apoyo social efectivo a sus parejas masculinas.

Más soporte para la hipótesis que afirma que las mujeres se benefician más que los hombres del apoyo social durante la cesación tabáquica, procede de un estudio que indica que éstas valoran más la importancia del apoyo social durante la deshabituación que los hombres, y sólo entre las mujeres, las que tuvieron éxito al dejar de fumar solían informar más sobre el hecho de haber recibido apoyo social que aquellas que recayeron (Solomon y Flynn, 1993). Por otra parte, parece que el tipo de apoyo social encontrado útil difiere entre las mujeres y los hombres. Por ejemplo, las mujeres valoran el apoyo emocional (p.ej. la empatía y el estímulo) como más útil que el apoyo instrumental (p.ej. sugerencia de alternativas a fumar) durante los intentos de cesación (Fisher et al., 1993).

En cuanto al estatus marital, parece constituir una forma de apoyo social significativa, tanto para hombres como para mujeres. Tener un cónyuge fumador podría ir en detrimento de la cesación tabáquica (McBride, Pirie, y Curry, 1992). Por ejemplo, en sus análisis de los datos de la LHS, Murray et al. (1995) encontraron que los participantes casados tenían niveles de deshabituación más elevados entre los 4 y los 12 meses que los participantes no casados. Por su parte, para las mujeres casadas la presencia de

fumadores en su casa provocaba proporciones significativamente menores de cesación que entre las mujeres que compartían su casa con no fumadores o ex fumadores (Murray et al., 1995). De nuevo, las mujeres en este estudio presentaban una mayor probabilidad de vivir con fumadores que con no fumadores, y de estar solteras. Por lo que podemos decir que el apoyo social constituye un importante componente en la cesación tabáquica por lo que debe ser incluido como un componente integral del tratamiento del tabaquismo.

## **Embarazo y Tabaco**

En los últimos años la prevalencia de mujeres fumadoras en edad fértil ha disminuido. Esta disminución se debe, en parte, a que muchas mujeres dejan de fumar cuando deciden quedarse embarazadas. En Estados Unidos en 1989, el 20% de las mujeres en periodo de gestación fumaba, pasando al 12% en el año 2000 (USDHHS, 2001). Lo mismo se observa en países europeos como Suecia, dónde alrededor del 40% de las mujeres entre 16 y 24 años fumaban en 1980, reduciéndose al 21% en el año 2000 (Swedish Survey of Living Conditions, Statics, 2002) o Dinamarca, donde fumaban el 50% de las mujeres con edades comprendidas entre 20 y 29 años en 1980, pasando a ser el 28% en el 2000 (National Board of Health Denmark 2002). Se cree que esto es debido a tres causas: a la disminución en la prevalencia en las fumadoras en general, al mayor nivel

educativo de las futuras madres (Martin, Hamilton, Ventura, Menacker, y Park, 2002; Bearer, Emerson, O'Riordan, Roitman, y Shackleton, 1997) y al abandono del hábito de fumar en el momento de quedarse embarazadas. Otros estudios señalan que estos datos pueden no reflejar claramente la realidad, ya que en los autoinformes que realizan las mujeres embarazadas podrían ocultar su hábito. En un meta-análisis llevado a cabo por Russell, Crawford y Woodby (2004) donde analizaban un total de 25 estudios con estas características, el 36% de los mismos sólo se basaban en autoinformes, los restantes además también empleaban algún tipo de medida bioquímica. Cuando se comparaban los autoinformes con los análisis clínicos, se observaba que un alto número de mujeres embarazadas ocultaban su consumo de tabaco. En un estudio realizado por Boyd, Windsor, Perkins, y Lowe (1998), se encontró una tasa de incongruencia del 26% entre los autoinformes de las mujeres que decían haber dejado de fumar al quedarse embarazadas y la información de las pruebas clínicas. Probablemente la presión social, sentimientos de culpabilidad y el temor a ser estigmatizadas sean las causas de esta conducta.

Bien conocidos son los daños que el tabaco puede ocasionar no sólo a la madre, si no también al feto y los riesgos que pueden surgir en el parto. La literatura señala problemas en el crecimiento y peso del feto (Kramer, 1987; Nordström y Cnattingius, 1994; Rasmussen y

Adams, 1997) riesgo de malformaciones (Wyszynsky, Duffy, y Beaty, 1997; Shiono, Klebanoff, y Berendes, 1986), mayor probabilidades de muerte súbita (Dybing y Sanner, 1999), muerte prematura del feto (Meyer y Tonascia, 1997), nacimientos prematuros (Copper, Goldenberg, DuBard, y Davis, 1994; Kramer, 1987) y problemas en el embarazo relacionados con la placenta (Rasmussen y Adams, 1997; Rasmussen, Irgens, y Dalaker, 1994). Entre el 20% y el 40 % de las fumadoras que dejan de fumar lo hacen por alguno de estos motivos (Cnattingius, Lindmark, y Meirik, 1992; Wisborg, Henriksen, Hedegaard, y Secher, 1996). Sin embargo, a pesar de estar concienciadas de estos riesgos, no todas las mujeres embarazadas consiguen dejar de fumar.

Diferentes estudios comparan las características de las mujeres que dejan de fumar en su periodo de embarazado con aquellas que no lo consiguen. Las que abandonan el tabaco de manera espontánea tienen un nivel educativo y económico mayor (Ockene et al., 2002; Curry, McBride, Grothaus, Lando, y Pirie, 2001; Hajek et al., 2001), suelen tener parejas que les apoyan en su decisión de abandonar el tabaco (McBride et al., 1998; Pollak et al., 2001; Hajek et al., 2001) y acuden a cuidados prenatales antes que aquellas que continúan fumando (Panjari et al., 1997; Velasquez et al., 2000). Otros factores que incrementan la probabilidad de dejar de fumar incluyen el experimentar malestar en los primeros meses del embarazo (Curry et al., 2001), el

haber tenido un aborto previo (Quinn, Mullen y Ershoff, 1991), querer dar el pecho al niño (O'Campo, Faden, Brown, y Gielen, 1992) y haber planificado la concepción del futuro hijo (Dejin-Karlsson et al., 1996). Todos estos datos indican que las mujeres que toman conciencia de su situación de embarazadas pronto o que están deseosas de concebir están altamente motivadas y dispuestas a renunciar al tabaco (Fisher et al., 1993; Scheibmeir, 2000).

En general, la literatura sugiere que las actitudes y las creencias de los daños que puede ocasionar al feto el hábito de fumar, es una variable relevante en el cese de la conducta en fumadoras (Ockene et al., 2002; Quinn et al., 1991). Sin embargo, el daño que la madre se ocasiona a sí misma no parece ser una variable influyente. Algunos estudios señalan que tanto las mujeres que continúan fumando como las que lo abandonan se preocupan por los efectos que el fumar pueda tener en la salud del feto. Sin embargo, las mujeres que dejan de fumar informan estar menos motivadas por la presión social y por lo concerniente a su salud personal (Curry et al., 2001). Las mujeres embarazadas que no logran abandonar el consumo no son menos conscientes de los riesgos, sino que perciben los riesgos como menores (Ockene et al., 2002; Weinstein, 1998). En estos casos, el uso de marcadores biológicos de daño podrían ser una herramienta útil para motivar el abandono del tabaco, ya que proporcionan una evidencia directa y

personal del impacto del tabaco. Datos de impacto personal son más efectivos que datos epidemiológicos por que los anteriores son mejor recordados, más tenidos en cuenta y percibidos como más creíbles (Kreuter, Strecher, y Glassman, 1999).

Las actitudes ante el embarazo y el deseo por un feliz parto, hace del periodo prenatal una fase, en la vida de la mujer fumadora, especialmente sensible al asesoramiento y al consejo médico, que puede favorecer la decisión de abandonar el consumo de tabaco. Por otro lado, la necesidad de seguimiento médico para los cuidados prenatales, favorece el contacto medico-paciente, lo cual beneficia intervención en la adicción tábaquica. Melvin et al. (2000), encontraron que intervenciones breves de entre 5 y 15 minutos con materiales específicos y materiales de autoayuda, podían favorecer la decisión de abandonar el consumo de tabaco entre mujeres embarazadas en un 30 y un 70%, comparado con aquellas que sólo recibían una advertencia de los riesgos de continuar fumando. Además, estas intervenciones breves se podían incluir en las revisiones médicas que frecuentemente se realizan durante el embarazo. Los materiales empleados son una adaptación del programa "Las 5 As" desarrollado inicialmente para la población de fumadores en general (Fiore et al. 2000). Este programa señala 5 pasos a cubrir: Ask, preguntar al paciente sobre su situación como fumador empleando cuestionarios de elección múltiple;

*Advise*, asesorar de manera personal, clara y directa de los beneficios de dejar el tabaco; *Assess*, evaluar el intentar quitarse de fumar en los próximos 30 días; *Assist*, asistencia a los que intentan dejar de fumar mediante técnicas de resolución de problemas, habilidades de afrontamiento; *Arrange*, organizar sesiones de seguimiento, para evaluar el proceso de abandono y si es necesario asesorar en la búsqueda de más ayuda profesional.

Los estudios clínicos, con mujeres embarazadas, que se han llevado a cabo con terapias farmacológicas han empleado el Bupropión y sustitutos de nicotina como sustancias preferentes. El Bupropion, cuyo mecanismo de acción todavía no es bien conocido, es clasificado por la Food and Drug Administration (FDA) como una sustancia de tipo B, esto es, no existe evidencia de riesgo en humanos y el riesgo durante el embarazo es remoto pero posible (Benowitz et al., 2000). Los estudios realizados en humanos no arrojan datos concluyentes sobre la seguridad de este fármaco. Aunque son bien conocidos los posibles efectos adversos que puede tener para el paciente que lo consume (Boshier, Wilton, y Shakir, 2003) y por ende, para la mujer embarazada, los efectos directos sobre el embrión. Algunos datos parecen indicar que el empleo de esta sustancia durante los primeros tres meses de embarazo conlleva algunos riesgos para el embrión. Así en una muestra de 266 mujeres embarazadas, se describieron 31 abortos espontáneos, 7 complicaciones durante el parto y 7

nacimientos con algún tipo de defecto congénito. Aunque los resultados no superan estadísticamente a los problemas asociados al embarazo en población general, los expertos recomiendan emplear terapias psicológicas y que la decisión de emplear este fármaco sea del paciente asesorado por su médico (Benowitz y Dempsey 2004).

Los expertos no coinciden en estimar el nivel de riesgo asociado con el empleo de las terapias sustitutivas de nicotina durante el embarazo (Benowitz et al., 2000; Oncken y Kranzler, 2003), si están de acuerdo en reconocer que el fumar conlleva un riesgo mayor. El tabaco posee cientos de sustancias químicas nocivas, que van desde el monóxido de carbono hasta radicales libres y sustancias oxidantes que afectan tanto a la madre como al feto (Dempsey y Benowitz, 2001; Kiechl-Kohlendorfer et al., 2001). Por otro lado, variables como la forma de administración de la nicotina o la dosis, afecta a los efectos adversos de la misma. Así, una dosis en un periodo corto de tiempo, provoca altas concentraciones en el torrente sanguíneo que se aglutinarán en los tejidos de la madre y del feto (Benowitz et al., 2000, Benowitz y Dempsey 2004). Del mismo modo, la nicotina fumada se distribuye más rápidamente que cuando su consumo es inhalado o a través de la piel. Estudios clínicos realizados con mujeres embarazadas, no arrojan datos concluyentes con respecto a la eficacia de estos tratamientos. Windsor y cols. (2000) no encontraron diferencias

significativas en los niveles de cotinina entre mujeres embarazadas que empleaban parches de nicotina y mujeres embarazadas que recibían placebo. Sin embargo, el número de cigarrillos fumados disminuyó, además los niños cuyas madres utilizaron parches tenían mayor peso que aquellos cuyas madres tomaron placebo. Así, estas terapias durante el embarazo, suponen una forma de administración de nicotina menos nociva, que está libre de otras sustancias perjudiciales que se producen en el consumo fumado. Además, si se practica con dosis menores de lo habitual se puede lograr resultados positivos y un menor número de cigarrillos fumados (Benowitz y Dempsey, 2004; Windsor et al., 2000).

Estos datos plantean la necesidad de elaborar nuevas estrategias terapéuticas para motivar y propiciar el abandono del tabaco en mujeres embarazadas. Teniendo en cuenta que un alto porcentaje de mujeres embarazadas tiene ingresos menores, incentivos económicos podrían ser motivadores externos que propiciasen quitarse de fumar. En un estudio realizado por Donatelle et al. (2000) ofrecieron apoyo económico y apoyo social durante 8 meses a 112 mujeres embarazadas. Comprobaron la abstinencia mediante análisis farmacológicos y tanto este grupo como el grupo control recibieron al principio del estudio una sesión sobre los beneficios de abandonar el consumo de tabaco. Los resultados indicaron que el 32% de mujeres que participaron en el estudio mantuvieron la abstinencia

durante 8 meses, frente al 9% del grupo control que sólo recibía la charla, aunque estos resultados se redujeron a los 2 meses después de acabar el tratamiento. El empleo de incentivos pueden ser una buena estrategia para motivar la participación en programas de deshabituación e incrementar la abstinencia y prevenir las recaídas a corto plazo (Donatelle et al., 2004). Sin embargo, el desarrollo de motivadores intrínsecos resulta imprescindible para mantener la abstinencia a largo plazo (Curry et al., 2001).

Aunque las tasas de abandono de mujeres embarazadas es mayor que en mujeres no embarazadas, el 80% de las mujeres que dejan de fumar durante su periodo de embarazo han reanudado su hábito durante el primer año que sigue al parto. De estas, el 45% volvieron a fumar entre los 2 y 3 meses después del parto y entre el 60 y 70% a los 6 meses (Kahn, Zuckerman, Bauchner, Homer, y Wise, 2002; Mullen, Richardson, Quinn, y Ershoff, 1997; Mullen 2004). Este alto porcentaje de recaídas se explica, en parte, a que muchas mujeres que dejan de fumar durante el embarazo lo hacen con la intención de volver o simplemente no reclutan otros motivos que proteger la salud del feto (Mullen et al., 1997; Bottorff et al., 2000; Curry et al., 2001). Así, cuando la causa del abandono del consumo es esta, la madre no ha desarrollado habilidades intrínsecas para controlar el deseo y enfrentarse a situaciones de peligro, por lo que hay más probabilidades de que se de la recaída (Johnson et al.,

2000; Mullen, Pollak y Kok, 1999). Como factores de protección se encuentran dar el pecho al bebé después del parto (Edwards y Sims-Jones, 1998; Ratner, Johnson, Bottorff, Dahinten, y Hall, 2000), que el ambiente social este libre de fumadores y que la pareja no sea fumadora (Pollak y Mullen., 1997). Como factores de riesgo, retomar comportamientos que habían sido abandonados durante el embarazo, como beber alcohol o tomar café (Bottorff et al., 2000) y emplear la vuelta al consumo de tabaco como una forma de controlar el peso ganado durante el embarazo (Carmichael y Ahluwalia, 2000; Groff, Mullen, Mongoven, y Burau, 1998; Mongoven, Dolan-Mullen, Groff, Nicol y Burau, 1996).

## CONCLUSIÓN

Tras la exhaustiva revisión de la literatura científica que trata las características en el tratamiento de la adicción tabáquica en mujeres, los hallazgos más importantes son:

1. No existe justificación científica para sostener que las mujeres no se benefician de la terapia sustitutiva de nicotina.
2. Aunque las mujeres pueden tener el doble de probabilidad de padecer un desorden afectivo, no se ha demostrado que el hecho de episodios anteriores de este tipo aumente el riesgo de

recaída del tabaco. Por lo tanto, los fumadores con episodios de depresión también deben ser animados a dejar de fumar.

3. Debemos transmitir a la paciente, que el peso ganado al dejar de fumar es evitable y que los programas de control de peso utilizados durante el tratamiento del tabaquismo, son beneficiosos. No olvidemos que no todas las mujeres utilizan el cigarrillo como herramienta de control de peso.
4. Existe la evidencia de la influencia del ciclo menstrual en la cesación tabáquica. Por lo que se debería valorar la posibilidad de planificar el momento de la cesación en consonancia con los estudios analizados.
5. Parece ser que las mujeres experimentan una sintomatología más severa del SAT, con mayor rumiación y tendencia a la recaída para solucionar el malestar.
6. Las mujeres pueden beneficiarse del apoyo social en el tratamiento del cese tabáquico.
7. Si bien, en el periodo natal es cuando se experimenta una mayor motivación para el abandono del tabaco, se hace necesario el entrenamiento en habilidades de afrontamiento a situaciones de recaída para que este perdure.

## REFERENCIAS

- Allen, S. S., Hatsukami, D., Christianson, D., y Brown, S. (2000). Effects of transdermal nicotine on craving, withdrawal and premenstrual symptomatology in short-term smoking abstinence during phases of the menstrual cycle. *Nicotine & Tobacco Research*, 2, 231-241.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: Author.
- Anat, C.V., Smulian, J.C., Demissie, K., y Vintzileos, A.M. (1999). Incidence of placental abruption in relation to cigarette smoking and hypertensive disorders during pregnancy: A meta-analysis of observational studies. *American Journal of Epidemiology*; 153(8),622-8.
- Bearer, C., Emerson, R.K., O'Riordan, M.A., Roitman, E. y Shackleton, C. (1997). Maternal tobacco smoke exposure and persistent pulmonary hypertension of the newborn. *Environmental health perspectives*; 105(2),202-6.
- Benowitz, N.L. (1998). *Nicotine safety and toxicity*. New York: Oxford University Press.
- Benowitz, N.L. y Dempsey, D.A. (2004). Pharmacotherapy for smoking cessation during pregnancy. *Nicotine Tobacco Research*; 6(2), S189-S202.
- Benowitz, N.L., Dempsey, D.A., Goldenberg, R.L. Hughes. J.R., Dolan-Mullen, P., Ogburn, P.L., Oncken, C., Orleáns, C.T., Slotkin, T.A., Whiteside, H.J. y Yaffe, S. (2000). The use of pharmacotherapies for smoking cessation during pregnancy. *The Journal of clinical psychiatry* 61 (11), 37-41.
- Bishop, S., Panjari, M., Astbury. J. y Bell, R. (1998). A survey of antenatal clinic staff: some perceived barriers to the promotion of smoking cessation in pregnancy. *American journal of preventive medicine*; 15 (3), 212-9.
- Bjornson, W., Rand, C., Connett, J.E., Lindgren, P., Nides, M., Pope, F., Buist, A. S., Hoppe-Ryan C., y O'Hara, P. (1995). Gender differences in smoking cessation after 3 years in the Lung Health Study. *American Journal of Public Health*; 85, 223-230.
- Blazer, D., Kessler, R., McGonagle, K., y Swartz, S. (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*; 151, 979- 986.
- Bock, B.C., Goldstein, M. G., y Marcus, B. H. (1996). Depression following smoking cessation in women. *Journal of Substance Abuse*; 8, 137-144.
- Borland, R. (1990). Slip-ups and relapse in attempts to quit smoking. *Addictive Behaviors*; 15, 235-245.
- Borrelli, B., Bock, B., King,T., Pinto,B., y Marcus,B.H. (1996). The impact of depression on smoking cessation in women. *Addictive behaviors*; 21, 675-679.
- Boshier, A., Wilton, L.V. y Shakir, S.A. (2003). Evaluation of the safety of bupropion (Zyban) for smoking cessation from experience gained in general practice use in England in 2000. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*; 5 (6),901-10.
- Bottorff, J.L., Johnson, J.L., Irwin, L.G., y Ratner, P.A. (2000). Narratives of smok-

ing relapse: The stories of postpartum women. *Research in Nursing y Health*; 23 (2), 126-34.

Boyd, N.R., Windsor, R.A., Perkins, L.L. y, Lowe, J.B. (1998). Quality of measurement of smoking status by self-report and saliva cotinine among pregnant women. *Addictive behaviors*; 23 (4), 549-54.

Breslau, N., Kilbey, M.M., y Andreski, P. (1993). Nicotine dependence and major depression: new evidence from a prospective investigation. *Archives of General Psychiatry*; 50, 31-35.

Breslau, N., Kilbey, M.M., Andreski, P. (1992). Nicotine withdrawal symptoms and psychiatric disorders: findings from an epidemiological study of young adults. *American Journal of Psychiatry*; 149, 464-469.

Burnette, M.M., Meilahn, E., Wing, R.R., y Kuller, L.H. (1998). Smoking cessation, weight gain, and changes in cardiovascular risk factors during menopause: the Healthy Woman Study. *American Journal of Public Health*; 88, 93-96.

Burton, S.L., Gitcell, J.G., y Shiffman, S. (2000). Use of FDA-approved pharmacological treatments for tobacco dependence: United States 1984-1998. *Morbidity and Mortality Weekly Report*; 49, 665-668.

Carmichael, S.L. y Ahluwalia, I.B. (2000). Correlates of postpartum smoking relapse. Results from the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS). *Tobacco control*; 9(4), 389-96.

Cepeda-Benito, A. (1993). Meta-analytical review of the efficacy of nicotine chewing gum in smoking treatment programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 61, 822-830.

Cepeda-Benito, A., y Reig-Ferrer, A. (2000). Smoking consequences questionnaire-Spanish. *Psychology of Addictive Behaviors*; 14, 219-230.

Cepeda-Benito, A., Reynoso, J.T., Erath, S. (2004). Meta-Analysis of the efficacy of nicotine replacement therapy for smoking cessation: Differences between men and women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 74, 712-722.

Cnattingius, S., Lindmark, G. y Meirik, O. (1992). Who continues to smoke while pregnant? *Journal of Epidemiology & Community Health*; 46 (3), 219-21

Cohen, S. y Syme, S.L. (1985). *Issues in the study and application of social support. Social support and health*. San Diego, CA, US: Academic Press, Inc.

Copper, R.L., Goldenberg, R.L., DuBard, M.B. y Davis, R.O. (1994). Risk factors for fetal death in White, Black and Hispanic women. *Collaborative, Group on Preterm Birth Prevention. Obstetrics and Gynecology*; 84 (4), 490-500.

Covey, L.S., Glassman, A.H., Stetner, F., y Becker, J. (1993). Effect of history of alcoholism or major depression on smoking cessation. *American Journal of Psychiatry*; 150, 1546-1547.

Craig, D., Parrott, A., y Coomber, J. (1992). Smoking cessation in women: effects of the menstrual cycle. *International Journal of the Addiction*; 27, 697-707.

Curry, S.J., McBride, C., Grothaus, L., Lando, H. y Pirie, P. (2001). Motivation for smoking cessation among pregnant women. *Psychology of Addictive Behaviors*; 15 (2), 126-32.

Curry, S., Thompson, B., Sexton, M., y Omenn, G.S. (1989). Psychosocial predictors

of outcome in a worksite smoking cessation program. *American Journal of Preventive Medicine*; 5, 2-7.

Dejin-Karlsson, E., Hanson, B.S., Ostergren, P.O., Ranstam, J., Isacson, S.O. y Sjoberg, N.O. (1996). Psychosocial resources and persistent smoking in early pregnancy—a population study of women in their first pregnancy in Sweden. *American journal of respiratory and critical care medicine*; 153 (2),861-865.

Dempsey, D.A. y Benowitz, N.L. (2001). Risks and benefits of nicotine to aid smoking cessation in pregnancy. *Journal of the American Medical Women's Association*; 56 (2), 53-58.

Donatelle, R.J., Hudson, D. Dobie, S., Goodall, A., Hunsberger, M. y Oswald K. (2004). Incentives in smoking cessation: Status of the field and implications for research and practice with pregnant smokers. *Nicotine Tobacco Research*; 6 (2),S163-S179.

Donatelle, R.J., Prows, S.L., Champeau, D. y Hudson, D. (2000). Randomised controlled trial using social support and financial incentives for high risk pregnant smokers: significant other supporter (SOS) program. *Tobacco control*; 9 (3), 11164-11166.

Dybing, E. y Sanner, T. (1999). Passive smoking, sudden infant death syndrome (SIDS) and childhood infections. *Human & Experimental Toxicology*; 18 (4), 202-205.

Edwards, N. y Sims-Jones, N. (1998). Smoking and smoking relapse during pregnancy and postpartum: results of a qualitative study. *The Journal of pharmacology and experimental therapeutics*; 285 (3),931-945.

Emont, S.L. y Cummings, K.M. (1987). Weight gain following smoking cessation: A possible role for nicotine replacement in

weight management. *Addictive Behaviors*; 12, 151-155.

Fiore, M.C., Bailey, W.C., Cohen, S.J., Dorfman, S.F., Fox, B.J., Goldstein, M.G., Gritz, E., Hasselblad, V., Heyman, R.B., Jaen, C.R., Jorenby, D., Kottke, T.E., Lando, H.A., Mecklenburg, R.E., Mullen, P.D., Nett, L., Piper, M., Robinson, L., Stitzer, M., Tomasello, A., Welsch, S., Villejo, L., Wewers, M.E., y Baker, T. B. (2000). A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence - A US Public Health Service report. *Journal of the American Medical Association*; 283, 3244-3254.

Fiore, M.C., Smith, S.S., Jorenby, D.E., y Baker, T.B. (1994). The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation: A meta-analysis. *JAMA: Journal of the American Medical Association*; 271, 1940-1947.

Fisher, E.B., Lichtenstein, E. Haire-Joshu, D. y Morgan, G.D. (1993). Methods, successes, and failures of smoking cessation programs. *Annual Review of Medicine*; 44, 481-5133.

French, S.A., Perry, C.L., Leon, G.R., y Fulkerson, J.A. (1994). Weight concerns, dieting behavior, and smoking initiation among adolescents: A prospective study. *American Journal of Public Health*; 84, 1818-1820.

Freund, K.M., D'Agostino, R.B., Belanger, A.J., Kannel, W.B., y Stokes, J. (1992). Predictors of smoking cessation: the Framingham Study. *American Journal of Epidemiology*; 135, 957-964.

Froom, P., Melamed, S., y Benbassat, J. (1998). Smoking cessation and weight gain. *Journal of Family Practice*; 46, 460-464.

Frye, C.A., Ward, K.D., Bliss, R.E., y Garvey A.J. (1992). *Influence of the menstrual cycle on smoking relapse and withdrawal*

symptoms. *Society of Behavioral Medicine. Thirteenth Annual Scientific Sessions*; New York. Rockville (MD): Society of Behavioral Medicine.

Glanz, K., Lewis, F.M., Rimer, B.K., (1990). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice. The Jossey-Bass health series*. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass.

Glasgow, R.E., Strycker, L.A., Eakin, E. G., Boles, S., M., & Whitlock, E. P. (1999). Concern about weight gain associated with quitting smoking: Prevalence and association with outcome in a sample of young female smokers. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*; 67, 1009-1011.

Glassman, A.H., Covey, L.S., Dalack, G. W., Stetner, F., Rivelli, S., Fliess, J. (1993). Smoking cessation, clonidine, and vulnerability to nicotine among dependent smokers. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*; 54, 670-679.

Gritz, E.R., Nielsen, I. R., y Brooks, L.A. (1996). Smoking cessation and gender: The influence of physiological, psychological, and behavioral factors. *Journal of the American Medical Women's Association*; 51 (1-2), 35- 42.

Groff, J.Y. Mullen, P.D. Mongoven, M. y Burau, K. (1998). Prenatal weight gain patterns and infant birthweight associated with maternal smoking. *Akusherstvo i ginekologija*; 37 (3),10-11

Gross, J., Stitzer, M.L., y Maldonado, J. (1989). Nicotine replacement: Effects on postcessation weight gain. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*; 57, 87-92.

Gunn, R.C. (1986). Reactions to withdrawal symptoms and success in smoking cessation clinics. *Addictive Behaviors*, 11, 49-53.

Hajek, P., West, R., Foulds, J., Nilsson, F., Burrows, S., y Meadow, A. (1999). Randomized comparative trial of nicotine polacrilex, a transdermal patch, nasal spray, and an inhaler. *Archives of Internal Medicine*; 159 (2), 33-38.

Hajek. P., West, R., Lee, A. Foulds, J., Owen, L., Eiser, J.R. y Main, N. (2001). Randomized controlled trial of a midwife-delivered brief smoking cessation intervention in pregnancy. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*; 15 (2),126-32

Hall, S.M., Tunstall, C.D., Vila, K.L., y Duffy, J. (1992). Weight gain prevention and smoking cessation: Cautionary findings. *American Journal of Public Health*; 82, 799-803.

Hanson, B.S., Isacson, S.O., Janzon, L., y Lindell, S.E. (1990). Social support and quitting smoking for good is there an association? Results from the population study, "Men born in 1914," Malmo, Sweden. *Addictive Behaviors*; 15, 221-233.

Hatsukami, D., Skoog, K., Allen, S., y Bliss, R. (1995). Gender and the effects of different doses of nicotine gum on tobacco withdrawal symptoms. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*; 3, 163-173.

Henningfield, J.E. (1995). Nicotine medications for smoking cessation. *New England Journal of Medicine*; 333, 1196-11203.

Henningfield, J.E., London, E.D., y Jaffe, J.H. (1987). Nicotine reward: studies of the abuse liability and physical dependence potential. In J. Engel & L. Oreland, (Eds.), *Brain Reward Systems and Abuse* (pp. 147-164). New York: Raven Press.

Hill, A.L., Roe, D.J., Taren, D. L., Muramoto, M.M., y Leischow, S.J. (2000). Efficacy of

- transdermal nicotine in reducing post-cessation weight gain in a Hispanic sample. *Nicotine & Tobacco Research*; 2, 247-253.
- Hitsman, B., Borrelli, B., McChargue, D. E., Spring, B., Niaura, R. (2003). History of depression and smoking cessation outcome: A meta-analysis. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*; 71, 657-663.
- Hughes, E.G. y Brennan, B.G. (1996). Does cigarette smoking impair natural or assisted fecundity?. *Fertility and sterility*; 66 (5),679-89.
- Hughes, J.R., Gust, S.W., Skoog, K., Keenan, R.M., Fenwick, J.W. (1991). Symptoms of tobacco withdrawal: A replication and extension. *Annual Meeting of the Association for Behavior Analysis (1987)*.
- Hughes, J R. y Hatsukami, D. (1986). Signs and symptoms of tobacco withdrawal. *Archives of General Psychiatry*; 43,289-294.
- Hughes, J.R., Higgins, S.T., y Hatsukami, D. (1990). Effects of abstinence from tobacco: a critical review. In L.T. Kozlowski, H. M. Annis, H.D. Cappell, F. Glasser, M. Goodstadt, Y. Israel, H. Kalant, E.M. Sellers, y J. Vingillis (Eds.), *Research advances in alcohol and drug problems* (vol. 10, pp. 317-398). New York:Plenum Press.
- Jeffery, R.W., Hennrikus, D.J., Lando, H.A., Murray, D.M., y Liu,J.W. (2000). Reconciling conflicting findings regarding postcessation weight concerns and success in smoking cessation. *Health Psychology*; 19, 242-246.
- Johnson, J.L., Ratner, P.A., Bottorff, J.L., Hall, W. y Dahinten, S. (2000). Preventing smoking relapse in postpartum women. *Nursing Research*; 49 (1),44-52.
- Jorenby, D.E., Leischow, S.J., Nides, M. A., Rennard, S.I., Johnston, J.A., Hughes, A. R., Smith, S.S., Muramoto, M.L., Daughton, D.M., Doan, K., Fiore, M.C., y Baker, T.B. (1999). A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *New England Journal of Medicine*; 340, 685-691.
- Jorenby, D.E. (1998). New developments in approaches to smoking cessation. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*; 25,65-83.
- Kahn, R.S., Zuckerman, B., Bauchner, H., Homer, C.J. y Wise PH. (2002). Women's health after pregnancy and child outcomes at age 3 years: A prospective cohort study. *American Journal of Public Health*; 92 (8),1312-8.
- Kawachi, I., Troisi, R.J., Rotnizky, A.G., y Coakley, E.H. (1996). Can physical activity minimize weight gain in women after smoking cessation? *American Journal of Public Health*; 86, 999-1004.
- Kendler, K.S., Neale, M.C., MacLean, C. J., Heath, A.C., Eaves, L.J., y Kessler, R.C. (1993). Smoking and major depression: a casual analysis. *Archives of General Psychiatry*, 50, 36-43.
- Kiechl-Kohlendorfer, U., Peglow, U.P., Kiechl. S., Oberaigner, W. y Sperl W. (2001). Epidemiology of sudden infant death syndrome (SIDS) in the Tyrol before and after an intervention campaign. *American journal of obstetrics and gynecology*; 184 (2).104-110.
- Killen, Fortmann, Schatzberg, Hayward, y Varady, (2003). Onset of major depression during treatment for nicotine dependence. *Addictive Behaviors*; 28, 461-470.
- Killen, J.D., Fortmann, S.P., Schatzberg, A.F., Hayward, C., Sussman, L., Rothman, M., Strausberg, L., y Varady, A. (2000). Nico-

tine replacement therapy and paroxetine for smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 68, 883-889.

Klesges, R.C., Winders, S.E., Meyers, A. W, Eck, L.H., Ward, K.D, y Hulquist, C.M., Ray, J.W., y Shadish, W.R. (1997). How much weight gain occurs following smoking cessation? A comparison of weight gain using both continuous and point prevalence abstinence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 65, 286-291.

Kramer, M.S. (1987). Intrauterine growth and gestational duration determinants. *Pediatrics*; 80 (4), 502-11.

Kreuter, M., Strecher, V.J., y Glassman, B. (1999). One size does not fit all: The case for tailoring print materials. *Annals of behavioral medicine*; 21 (4): 276-83.

Marcus, B.H., Albrecht, A.E., King, T.K., Parisi, A.F., Pinto, B.M., Roberts, M., Niaura, R.S., y Abrams, D.B. (1999). The efficacy of exercise as an aid to smoking cessation in women. *Archives of Internal Medicine*; 159, 1229-1234.

Martin, J.A., Hamilton, B.E., Ventura, S.J., Menacker, F. y Park, M.M. (2002). Births: Final data for 2000. *National Vital Statistics Reports*; 50(5),101-104.

McBride, C.M., Curry, S.J., Grothaus, L.C., Nelson, J.C., Lando, H. y Pirie P.L. (1998). Partner smoking status and pregnant smoker's perceptions of support for and likelihood of smoking cessation. *Health Psychology*; 17 (1), 63-9.

McBride, C.M., Pirie, P.L., y Curry, S.J. (1992). Postpartum relapse to smoking: A prospective study. *Health Education Research*; 7, 381-390.

McClure, J.B. (2004). Motivating prepar-

tum smoking cessation: A consideration of biomarker feedback. *Nicotine Tobacco Research*; 6 (2),S153-S161.

McKee, S.A., Maciejewski, P.K., Falba, T., y Mazure, C.M. (2003) Sex differences in the effects of stressful life events on changes in smoking status. *Addiction*; 98, 847-855.

Melvin, C.L., Dolan-Mullen, P., Windsor, R.A., Whiteside, H.J. y Goldenberg, R.L. (2000). Recommended cessation counselling for pregnant women who smoke: a review of the evidence. *Tobacco control*; 9 (3),III78-III99.

Meyer, H.B. y Tonascia, J.A. (1997). Maternal smoking, pregnancy complications and perinatal mortality. *American journal of obstetrics and gynecology*; 128 (5), 494-502.

Mongoven, M., Dolan-Mullen, P., Groff, J.Y., Nicol, L. y Burau K. (1996). Weight gain associated with prenatal smoking cessation in white, non-Hispanic women. *Journal of epidemiology and community health*; 50 (1), 33-9.

Mullen, P.D. (2004). How can more smoking suspension during pregnancy become lifelong abstinence? Lessons learned about predictors, interventions, and gaps in our accumulated knowledge. *Nicotine Tobacco Research*; 6 (2),S217-S238.

Mullen, P.D., Pollak, K.I. y Kok, G. (1999). Success attributions for stopping smoking during pregnancy, self-efficacy, and postpartum maintenance. *Psychology of Addictive Behaviors*; 13 (3), 198-206.

Mullen, P.D., Richardson, M.A., Quinn, V.P. y Ershoff, D.H. (1997). Postpartum return to smoking: who is at risk and when. *Journal of public health medicine*; 19 (2), 187-192.

- Murray, R.P., Johnston, J.J., Dolce, J.J., Lee, W.W., y O'Hara, P. (1995). Social support for smoking cessation and abstinence: the Lung Health Study. *Addictive Behaviors*; 20, 159-170.
- National Board of Health Denmark (2002). *Survey of smoking habits in Denmark 2002*; Copenhagen: National Board of Health Denmark.
- Niaura, R., Britt, D.M., Borrelli, B., Shadel, W.G., Abrams, D.B., y Goldstein, M.G. (1999). History and symptoms of depression among smokers during a self-initiated quit attempt. *Nicotine & Tobacco Research*; 1, 251-257.
- Nordström, M.L. y Cnattingius, S. (1994). Smoking habits and birthweights in two successive births in Sweden. *Early Human Development*; 37 (3),195-204.
- O'Campo, P., Faden, R.R., Brown, H. y Gielen, A.C. (1992). The impact of pregnancy on women's prenatal and postpartum smoking behavior. *American Journal of Preventive Medicine*; 8 (1),8-13.
- Ockene, J.K., Ma, Y., Zapka, J.G., Pbert, L.A., Goins, K.V. y Stoddard, A.M. (2002). Spontaneous cessation of smoking and alcohol use among low-income pregnant women. *American Journal of Preventive Medicine*; 23 (3), 150-9
- Ogden, J., y Fox, P. (1994). Examination of the use of smoking for weight control in restrained and unrestrained eaters. *International Journal of Eating Disorders*; 16, 177-185.
- O'Hara, P., Portser, S.A., y Anderson, B.P. (1989). The influence of menstrual cycle changes on the tobacco withdrawal syndrome in women. *Addictive Behaviors*; 14, 595-600.
- Oncken, C.A. y Kranzler, H.R. (2003). Pharmacotherapies to enhance smoking cessation during pregnancy. *Drug Alcohol Review*; 22(2),191-202.
- Panjari, M., Bell, R.J., Astbury, J., Bishop, S.M., Dalais, F. y Rice, G.E. (1997). Women who spontaneously quit smoking in early pregnancy. *Addictive behaviors*; 22 (5), 671-84.
- Pennebaker, J.W. y Roberts, T.A. (1992). Toward a his and hers theory of emotion: Gender differences in visceral perception. *Journal of Social & Clinical Psychology*; 11, 199-212.
- Perkins, K.A. (1994). Issues in the prevention of weight gain after smoking cessation. *Annals of Behavioral Medicine*; 16, 46-52.
- Perkins, K.A. (2001). Smoking cessation in women: Special considerations. *CNS Drugs*; 15, 391 – 411.
- Perkins, K.A., Donny, E., y Caggiula, A. R. (1999). Sex differences in nicotine effects and self-administration: human and animal evidence. *Nicotine and Tobacco Research*; 1, 301-315.
- Perkins, K.A., Levine, M., Marcus, M., Shiffman, S., D'Amico, D., Miller, A., Keins, A., Ashcom, J., y Broge, M. (2000). Tobacco withdrawal in women and the menstrual cycle phase. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 68, 176-180.
- Perkins, K.A. (1996). Sex differences in nicotine versus non-nicotine reinforcement as determinants of tobacco smoking. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*; 4, 166-177.
- Piasecki, T.M., Niaura, R., Shadel, W.G., Abrams, D., Goldstein, M., Fiore, M.C., Baker, T.B. (2000). Smoking withdrawal

dynamics in unaided quitters. *Journal of Abnormal Psychology*; 109, 74-86.

Pirie, P.L., McBride, C.M., Hellerstedt, W.L., y Jeffrey, R.W. (1992). Smoking cessation in women concerned about weight. *American Journal of Public Health*; 82, 1238-1243.

Pirie, P.L., Murray, D.M., y Luepker, R.V. (1991). Gender differences in cigarette smoking and quitting in a cohort of young adults. *American Journal of Public Health*; 81, 324-327.

Pollak, K.I. y Mullen, P.D. (1997). An exploration of the effects of partner smoking, type of social support, and stress on postpartum smoking in married women who stopped smoking during pregnancy. *Psychology of Addictive Behaviors*; 11 (3), 182-9.

Pollak, K.I., McBride, C.M., Baucom, D.H., Curry, S.J., Lando, H., Pirie, P.L. y Grothaus, L.C. (2001). Women's perceived and partners' reported support for smoking cessation during pregnancy. *Annals of Behavioral Medicine*; 23 (3), 208-14.

Pomerleau, C.S., Marks, J.L., y Pomerleau, O.F. (2000). Who gets what symptom? Effect of psychiatric cofactors and nicotine dependence on patterns of smoking withdrawal symptomatology. *Nicotine y Tobacco Research*; 2, 275-280.

Pomerleau, C.S., Tate, J.C., Lumley, M. A., y Pomerleau, O.F. (1994). Gender differences in prospectively versus retrospectively assessed smoking withdrawal symptoms. *Journal of Substance Abuse*; 6, 433-440.

Pomerleau, C.S., Zucker, A.N., Stewart, A.J. (2003). Patterns of depressive symptomatology in women smokers, ex-smokers, and never-smokers. *Addictive Behaviors*; 28, 575-582.

Pomerleau, C.S. (1996). Smoking & nicotine replacement treatment issues specific to women. *American Journal of Health Behavior*; 20, 291-299.

Pomerleau, C.S., Garcia, A.W., Pomerleau, O.F., y Cameron, O.G. (1992). The effects of menstrual phase and nicotine abstinence on nicotine intake and on biochemical and subjective measures in women smokers: A preliminary report. *Psychoneuroendocrinology*; 17, 627-638.

Quinn, V.P., Mullen, P.D. y Ershoff, D.H. (1991). Women who stop smoking spontaneously prior to prenatal care and predictors of relapse before delivery. *Addictive Behaviors*; 16 (1-2), 29-40.

Rasmussen, K.M. y Adams, B. (1997). Annotation: cigarette smoking, nutrition, and birthweight. *American journal of obstetrics and gynecology*; 176 (5), 1090-1094.

Rasmussen, S., Irgens, L.M. y Dalaker, K. (1994). A history of placental dysfunction and risk of placental abruption. *Paediatric and perinatal epidemiology*; 13 (1), 9-21.

Ratner, P.A., Johnson, J.L., Bottorff, J.L., Dahinten, S. y Hall, W. (2000). Twelve-month follow-up of a smoking relapse prevention intervention for postpartum women. *Addictive Behaviors*; 25(1), 81-92.

Rigotti, N.A., Thorndike, A.N., y Duncan, M.J. et al. (2000). *Post-cessation weight gain in smokers taking bupropion: the effect of gender*. 6<sup>th</sup> Annual Meeting of the Society for Research on Nicotine and Tobacco. Arlington (VA). Society for Research on Nicotine and Tobacco.

Robkin, M.A. (1997). Carbon monoxide and the embryo. *The International journal of developmental biology*; 42 (2), 283-9

- Russell, T.V., Crawford, M.A. y Woodby, L.L. (2004). Measurements for active cigarette smoke exposure in prevalence and cessation studies: Why simply asking pregnant women isn't enough. *Nicotine Tobacco Research*; 6 (2), S141-S151.
- Scheibmeir, M.S. (2000). Examination of causal factors associated with smoking status during pregnancy. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*; 60 (8-B), 3854.
- Schwartz, R., y Leppin, A. (1989). Social support and health: a meta-analysis. *Psychological Health*; 3, 1-15.
- Shiono, P.H., Klebanoff, M.A, y Berendes, H.W. (1986). Congenital malformations and maternal smoking during pregnancy. *Teratology*; 34 (1), 65-71.
- Solomon, L.J. y Flynn, B.S. (1993). Women who smoke. In Carole, T. Slade, J.D (Eds.), *Nicotine addiction: Principles and management*. London: Oxford University Press.
- Stockton, M.C., McMahon, S.D., y Jason, L. A. (2000). Gender and smoking behavior in a worksite smoking cessation program. *Addictive Behaviors*; 25, 347-360.
- Swedish Survey of Living Conditions. Statistics (2002). Estocolmo: Swedish Survey of Living Conditions.
- Tate, J.C., Pomerleau, O.F., y Pomerleau, C. S. (1993). Temporal stability and within-subject consistency of nicotine withdrawal symptoms. *Journal of Substance Abuse*; 5, 355-363.
- Trosclair, A., Husten, C., Pedersen, L. y Dhillon, I. (2002). Cigarette smoking among adults. *Morbidity and Mortality Weekly Report*; 51 (29), 642-645.
- U. S. Department of Health and Human Services (1980). *The Health consequences of smoking for women. A Report of the Surgeon General*. Washington: U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Assistant Secretary for Health, Office on Smoking and Health, 1980.
- U. S. Department of Health and Human Services (1988). *The Health consequences of Smoking: Nicotine Addiction. A Report of the Surgeon General*. Atlanta: U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Health Promotion and Education, Office of the Assistant Secretary for Health, Office on Smoking and Health, 1988. DHHS Publication No. (CDC) 88-8406.
- U. S. Department of Health and Human Services (2001). *Women and Smoking: A report of the Surgeon General*. U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the surgeon General, Rockville, MD.
- Velasquez, M.M., Hecht, J., Quinn, V.P., Emmons, K.M., Diclemente, C.C. y Dolan-Mullen, P. (2000). Application of motivational interviewing to prenatal smoking cessation: training and implementation issues. *Addictive behaviors*; 25 (2), 239-51.
- Wald, N.J., Hackshaw, A.K. (1996). Cigarette smoking: an epidemiological overview. *British Medical Bulletin*; 52 (1), 3-11.
- Weinstein, N. (1998). Accuracy of smokers risk perceptions. *Journal of behavioral medicine*; 20,135-140.
- West, R., Hajek, P., Foulds, J., Nilsson, F., May, S., & Meadows, A. (2000). A comparison of the abuse liability and dependence potential of nicotine patch, gum, spray and inhaler. *Psychopharmacology*; 149, 198-202.

Wetter, D.W., Anderson, C.B., DeMoore, C.A., Cinciripini, P.M., Carmack, C.L., Moore, C.A., y Hirshkowitz, M. (2000). Tobacco withdrawal signs and symptoms among women with and without a history of depression. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*; 8, 88-96.

Wetter, D.W., Smith, S.S., Kenford, S.L., y Jorenby, D.E. (1994). Smoking outcome expectancies: Factor structure, predictive validity, and discriminant validity. *Journal of Abnormal Psychology*; 103, 801-811.

Williamson, D.F., Madans, J., Anda, R.F., Kleinman, J.C., Giovino, G.A., y Byers, T. (1991). Smoking cessation and severity of weight-gain in a national cohort. *New England Journal of Medicine*; 324, 739-747.

Windsor, R., Oncken, C., Henningfield, J., Hartmann, K. y Edwards N. (2000). Behavioral and pharmacological treatment methods for pregnant smokers: issues for clinical practice. *Tobacco control*; 9 (3), III91-11194.

Wisborg, K., Henriksen, T.B., Hedegaard, M. y Secher, N.J. (1996). Smoking among pregnant women and the significance of sociodemographic factors on smoking cessation. Rygevaner blandt gravide samt sociodemografiske faktorerers betydning for rygeophor. *Addictive behaviors*; 21 (4), 459-71.

Wyszynsky, D.F., Duffy, D.L. y Beaty, T.H. (1997). Maternal cigarette smoking and oral clefts: A meta-analysis. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*; 34 (3), 206-10.