Departamento de Fisiología y Farmacología

UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

DIFERENCIAS POR SEXO EN LA CESACIÓN TABÁQUICA

Estudio de los pacientes tratados en los primeros 8 años de la UDESTA

Tesis doctoral presentada por Miriam Otero Requeijo para optar al Grado de Doctor por la Universidad de Cantabria

Santander, Febrero 2016

Departamento de Fisiología y Farmacología
UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

Francisco Javier Ayesta Ayesta,
Profesor Titular de Farmacología de la Universidad de Cantabria

C E R T I F I C A:

Que ha llevado a cabo las funciones de dirección de la tesis doctoral de **Miriam Otero Requeijo**, licenciada en Psicología, con el título **"Diferencias por sexo en la cesación tabáquica. Estudio de los pacientes tratados en los primeros 8 años de la UDESTA"**.

Considero que dicho trabajo se encuentra terminado y reúne los requisitos necesarios para su presentación como Memoria de Doctorado al objeto de poder optar al grado de Doctor por la Universidad de Cantabria.

Y para que conste y surta los efectos oportunos, expido la presente certificación en Santander, a 21 de enero de 2016.

F. Javier Ayesta Ayesta

A mi abuelo Manuel, porque si no hubiese sido por la promesa que le hice, este proyecto no hubiese salido adelante.

A Sergio, *"el tiempo que empleas cuidando de tu rosa hace que tu rosa sea tan importante"*.

A Martina y Alejandra, por todo el amor y *"energía positiva"* que me dan día a día.

A mis padres, mi hermana Sandra, mi cuñado Iván y mi abuela Josefa, por su cariño, apoyo, tiempo, dedicación y cuidado. Especialmente a mi madre por estar siempre ahí incondicionalmente.

A mis suegros, porque me tocaron los mejores.

A mi maestro, el Dr. F. Javier Ayesta, por haberme dado mi primera oportunidad laboral, por ayudarme siempre, por su confianza incondicional, por su cariño y por ser un miembro más de la familia.

A Fernando Martín, porque sin su gran trabajo, constancia y esfuerzo, este proyecto no hubiese sido posible. Por los buenos momentos que hemos pasado ayudando a la gente a dejar de fumar.

A mis compañeros de doctorado, Ana Esteban, Fernando Martín, Miriam Rodríguez y Sergio Veiga.

A mis compañeros y amigos de Santander: Fernando Martín y Ana Vega, Ana Bedialauneta y Jose Martín, Blanca Benito y Javier Barriuso, Javier Bernal y Natalia Rodríguez, Javier Santamaría y Cruz Martínez, Carlos Cortijo, Pablo Corral y Mª Eugenia López-Delgado, por su amistad, buena acogida y hacerme sentir tan a gusto en mis años en Santander.

A mis compañeros de la Dirección General de Salud Pública: Jorge Suanzes, Bernardo Seoane, Mª Jesús García-Blanco, María José Castro, Suso Liñares, José Juan Pérez-Boutureira y Maite Calabuig, por su cariño y apoyo. Especialmente a Mª Jesús García-Blanco, por ser la mejor compañera de trabajo y una gran amiga.

ÍNDICE

ABREVIATURAS

I. INTRODUCCIÓN 3

1. EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE TABACO
2. PATOLOGÍA DERIVADA DEL CONSUMO
   2.1. EL TABAQUISMO COMO TRASTORNO CLÍNICO
   2.2. TOXICIDAD DERIVADA DEL CONSUMO DE TABACO
   2.3. PATOLOGÍA ESPECÍFICA DE GÉNERO
3. DIFERENCIAS EN EL CONSUMO DE TABACO ENTRE MUJERES Y VARONES
   3.1. FACTORES SOCIOCULTURALES
   3.2. FACTORES PERSONALES
   3.3. FACTORES AMBIENTALES
   3.4. CONDICIONANTES DEL MANTENIMIENTO EN LAS MUJERES
4. DIFERENCIAS POR SEXOS EN LA CESACIÓN TABÁQUICA
   4.1. ESTRÉS
   4.2. PATOLOGÍA AFECTIVA

II. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS 39

III. MÉTODOS 43

1. POBLACIÓN DEL ESTUDIO
2. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN
3. HISTORIA CLÍNICA
4. CUESTIONARIOS
   4.1. ANÁLISIS DE LA DEPENDENCIA
      4.1.1 Test DSM-IV
      4.1.2. Test de Fagerström (FTND)
   4.2. VALORACIÓN DE ESTADO ANÍMICO
      4.2.1. Cuestionario de Goldberg
      4.2.2.Escala de estrés percibido
   4.3. ANÁLISIS DE LOS ANTECEDENTES Y CONSECUENTES DELCONSUMO
      4.3.1. Test de Russell
      4.3.2. Otras preguntas de antecedentes y consecuentes
      4.3.3 Escala de autoeficacia de Baer-Lichtenstein
   4.4. OTROS TEST
      4.4.1. Cuestiones potencialmente predictivas
      4.4.2. Determinación del locus de control
5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

IV. RESULTADOS **65**

1. VARIABLES DEMOGRÁFICAS
   1.1. SEXO
   1.2. EDAD
   1.3. MOTIVO DE DERIVACIÓN
2. CESACIÓN
   2.1. POR SEXO
   2.2. POR EDAD
   2.3. POR DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO Y CONSUMO DE THC
   2.4. POR DEPENDENCIA SEGÚN EL TEST DE FAGERSTRÖM
   2.5. POR PUNTUACIONES EN LA SUBESCALA DE DEPRESIÓN DEL TEST DE GOLDBERG
   2.6. POR DISPOSICIÓN A DEJAR DE FUMAR EN EL ÚLTIMO MES
   2.7. POR APOYO FAMILIAR REFERIDO
   2.8. POR NÚMERO MÁXIMO DE DÍAS DE ABSTINENCIA PREVIOS
   2.9.POR FÁRMACO UTILIZADO
3. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CESACIÓN
   3.1. EN NO ESTAR ABSTINENTES EL DÍA D
   3.2. EN RECAER ENTRE EL DÍA D Y EL AÑO
   3.3. ABSTINENCIA A LOS DOCE MESES
4. VARIABLES EN DONDE SE OBSERVAN DIFERENCIAS ENTRE SEXOS
   4.1. RELACIONADAS CON EL CONSUMO
   4.2. RELACIONADAS CON LOS TEST DE DEPENDENCIA
   4.3. RELACIONADAS CON LOS ESTADOS DE ÁNIMO
      4.3.1. Depresión
      4.3.2. Ansiedad
      4.3.3. Estrés percibido
   4.4. RELACIONADAS CON LA VALORACIÓN FUNCIONAL
   4.5. RELACIONADAS CON LAS EXPECTATIVAS Y LA DISPOSICIÓN
   4.6. RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO

V. DISCUSIÓN **121**

1. RESUMEN DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS
2. LIMITACIONES
3. AUSENCIA DE DIFERENCIAS EN LA CESACIÓN
   3.1. EN NUESTRO ESTUDIO
   3.2. OTROS QUE NO LAS ENCUENTRAN
   3.3. OTROS ENCUENTRAN DIFERENCIAS EN CESACIÓN
   3.4. POR QUÉ OTROS ENCUENTRAN DIFERENCIAS EN CESACIÓN
4. DIFERENCIAS POR SEXOS EN LOS PREDICTORES DE CESACIÓN
5. DIFERENCIAS POR SEXOS POTENCIALMENTE RELEVANTES EN EL ABORDAJE CLÍNICO
   5.1. VARIABLES GENERALES
   5.2. VARIABLES RALACIONADAS CON EL ESTADO ANÍMICO
   5.3. VARIABLES RELACIONADAS CON LA IMAGEN Y EL PESO

VI. CONCLUSIONES **145**

VII. BIBLIOGRAFÍA **149**

ABREVIATURAS

AFRO: región africana de la OMS

AMRO: región americana de la OMS

Cig/d: cigarrillos/día

CO: monóxido de carbono

DE: desviación estándar

DSM-IV: *Diagnostic and Statistical Manual*, 4th edition

EMRO: región del mediterráneo oriental de la OMS

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica

EURO: región europea de la OMS

FTND: test de Fagerström de dependencia de la nicotina

LC95%: límites de confianza del 95%

OMS: Organización Mundial de la Salud

OR: *odds ratio*

RR: riesgo relativo

SEARO: región del sudeste asiático de la OMS

SMSL: síndrome de muerte súbita del lactante

THC: delta-9-tetrahidrocannabinol (Δ9-THC)

TSN: terapia sustitutiva con nicotina

UDESTA: Unidad de Deshabituación Tabáquica del Gobierno de Cantabria

WPRO: región del pacífico oeste de la OMS

I. INTRODUCCIÓN

El tabaco no afecta diferenciadamente a mujeres y varones. En ambos sexos es similarmente tóxico y similarmente adictivo. Los mecanismos de incorporación al consumo y los de deshabituación son prácticamente los mismos (Samet & Yoon, 2010). Pese a ello, se aprecian diferencias que pueden tener relevancia en el control, así como en la prevención y el tratamiento.

A medida que las desigualdades de género tienden a reducirse, las mujeres comienzan a adquirir algunas conductas de riesgo consideradas tradicionalmente como típicamente masculinas. Uno de los ejemplos más llamativos ha sido el incremento en el consumo del tabaco.

Los factores asociados al inicio del tabaquismo son diferentes en mujeres y varones. Mientras la autoestima, el estrés, los problemas con el peso corporal y la preocupación por la autoimagen son los factores que más influyen en la iniciación en las chicas, en los chicos fumar forma parte de la búsqueda de nuevas sensaciones, factores profundamente marcados por los roles de género (Becoña & Vázquez, 2000; Comas, 2004).

También existen diferencias de género en el mantenimiento del tabaquismo. Así, independientemente de la adicción a la nicotina, uno de los factores que animan a la mujer a continuar fumando es el miedo a engordar. Tanto los varones como las mujeres fuman para reducir el estrés pero los factores desencadenantes son distintos. Se ha señalado que mientras las mujeres fuman como reacción a experiencias negativas y tienen el consumo de tabaco más asociado a estados de ánimo negativos, los varones lo hacen para aumentar sensaciones positivas (Brunswick & Messeri, 1984). Además, es importante tener en cuenta el peso corporal como una de las diferencias de género en el inicio, mantenimiento y dificultades para abandonar el tabaco (Pirie et al., 1991).

1. EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE TABACO

La evolución del tabaquismo en el mundo no fue igual en todos los países, lo que se traduce actualmente en situaciones epidemiológicas diferentes. En los países anglosajones se comenzó a fumar antes que en el resto de Europa y en la Europa mediterránea el consumo de tabaco es un fenómeno más reciente.

López y colaboradores (1994) desarrollaron a mediados de los años 90 un modelo teórico para describir la evolución de la epidemia tabáquica en los países desarrollados que, aunque no todos los países la siguen en detalle, permite caracterizar la evolución del tabaquismo en el mundo y, en ausencia de políticas de control efectivas, es muy útil. El modelo describe la epidemia tabáquica en cuatro fases basándose en el análisis de tres variables: la prevalencia de consumo, la cantidad de cigarrillos fumados y la mortalidad, deducida en este caso de la mortalidad por cáncer de pulmón (figura 1). Este modelo pone en evidencia diferencias en los patrones de consumo entre sexos, así muestra que las mujeres empiezan a fumar después que los varones y que fuman menos cigarrillos. Pero también muestra cómo la diferencia de patrones entre sexos varía en función de la fase epidémica (López et al., 1994).

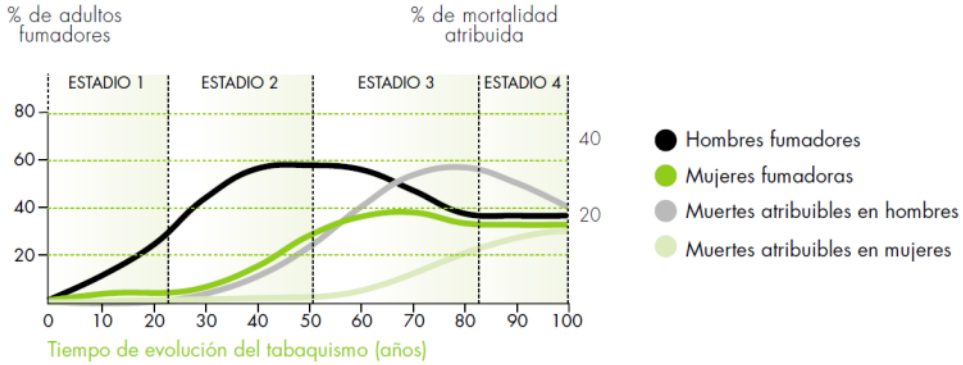


Figura 1. Fases de la epidemia tabáquica (según López et al., 1994)

Las diferentes fases de la epidemia se caracterizan por:

Fase I: los principales consumidores de tabaco son las clases altas, principalmente los varones, la morbimortalidad es casi nula y la tasa de mortalidad de cáncer de

pulmón es similar a la observada en poblaciones contemporáneas constituidas por personas no fumadoras. La prevalencia de consumo y la cantidad de cigarrillos consumida es baja.

Fase II: se incorporan al consumo de tabaco el resto de las clases sociales, pero sigue siendo la clase alta la principal consumidora. La prevalencia de consumo aumenta, si bien en el sexo masculino puede llegar a ser el doble que en el femenino. La cantidad de cigarrillos consumidos, fundamentalmente por los varones, aumenta mucho. En esta fase el 10% de la mortalidad en varones es debida al consumo de tabaco, en ellos la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón aumenta, oscilando entre 5 y 50/100.000.

Fase III: la prevalencia de consumo entre los varones disminuye y en las mujeres parece estabilizarse. La mortalidad atribuida en varones supone entre un 25-30% de la mortalidad total y en mujeres no llega a alcanzar el 5%. La tasa de mortalidad por cáncer de pulmón en los varones es de 110-120/100.000 y en las mujeres alcanza 25-30/100.000.

Fase IV: el número de personas fumadoras disminuye, tanto en varones como en mujeres, en los primeros el descenso es más acusado. La mortalidad atribuida al tabaco puede llegar a suponer el 35% de las muertes, la mortalidad en las mujeres aumenta pero sin alcanzar las cotas de la población masculina. Al final de esta última fase la mortalidad atribuida al consumo de tabaco empezará a descender.

Así, en términos generales, el tabaquismo empieza a extenderse en los grupos más favorecidos y después prosigue entre los menos favorecidos, y en primera instancia en los varones con una posterior incorporación de las mujeres.

Las poblaciones del sur de Europa, incluyendo España, presentan una disminución de la prevalencia en los varones y aumento de la prevalencia en las mujeres (Borrell et al., 2000), típica de la fase III. En España, la incorporación masiva de las mujeres al consumo empezó a finales de la década de los 60 e inicio de los 70, particularmente a expensas de mujeres con estudios universitarios o medios,

aunque en la actualidad no existen diferencias en el patrón de inicio según sexo, es más elevado en las clases desfavorecidas (Borras et al., 2000). Existen además diferencias sociales apreciables en el patrón de abandono. Aunque la proporción de abandono ha aumentado en los varones, la tendencia al abandono es más marcada en aquellos de mayor nivel educativo, mientras que en las mujeres la proporción de abandono sólo aumentó en las universitarias de mediana edad (Fernández et al., 2001).

El consumo de tabaco en el mundo sigue siendo predominantemente masculino, pese a que en la actualidad se esté intensificando el proceso de feminización que se dio en determinados países desarrollados a lo largo del siglo XX. Casi un tercio de los varones de 15 años o más -alrededor de 820 millones- son fumadores actuales. En los últimos 30 años, la prevalencia del consumo diario de tabaco entre los varones se ha reducido aproximadamente en un 10%. La tendencia en la prevalencia del tabaquismo en los varones varía considerablemente en todo el mundo, desde una disminución de 24% en Canadá a un aumento del 16% en Kazajstán desde 1980 hasta 2013 (figura 2).

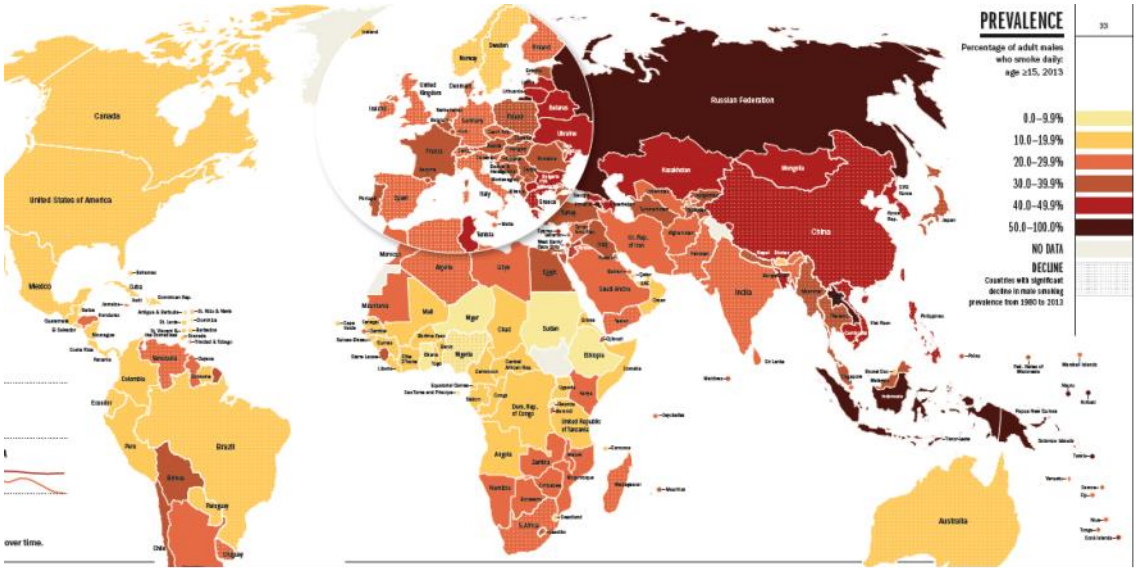


Figura 2. Prevalencia de varones fumadores diarios ≥15 años en el mundo en 2013. Imagen tomada de The Tobacco Atlas

Aunque la mayoría de los países con las mayores reducciones en la prevalencia de tabaquismo masculina son países de ingresos altos, la prevalencia del tabaquismo ha disminuido también sustancialmente en muchos países de bajos y medianos ingresos. Sin embargo, muchos otros países de bajos y medianos ingresos han hecho solamente reducciones leves o incluso han experimentado un aumento en su prevalencia. La mayoría de estos países están situados en el centro y sur de Asia, Europa del Este y África. Por ejemplo, sin una reducción en la prevalencia del tabaquismo masculino desde 1980 a 2013, Indonesia cuenta con más de 50 millones de varones fumadores diarios y ocupa el tercer lugar a nivel mundial. Si estas tendencias de tabaco continúan, la prevalencia del tabaquismo en los varones y mujeres en conjunto en África aumentará de 16% en 2010 a 22% en 2030, la mayoría de los cuales se espera que sea entre los varones. Debido a que la población africana está creciendo de forma más rápida que el resto del mundo, África verá en un futuro un incremento en la prevalencia de tabaco en los varones si no se implementan políticas adicionales de control del tabaco.

Un tercio del total de varones fumadores de todo el mundo está en China. A pesar de que la conciencia sobre la importancia en la lucha contra el tabaco está en aumento, y han establecido una serie de políticas de control, la aplicación de estas medidas ha sido desigual y ha dado lugar a disparidades en la prevalencia (figura 3). Modelos de simulación sugieren que programas de control adicionales podrían reducir las tasas de tabaquismo en más del 40% y ahorrar potencialmente más de 12,7 millones de vidas en 2050. Los países con políticas de control del tabaco limitadas podían ver reducciones comparables o incluso mayores en la prevalencia de tabaquismo si establecen políticas más eficaces.

Como se ve en la figura 3, en las tres regiones diferentes que se muestran, los países vecinos tenían la prevalencia del tabaquismo masculino similar en 1980 y se diferenciaron con el tiempo.

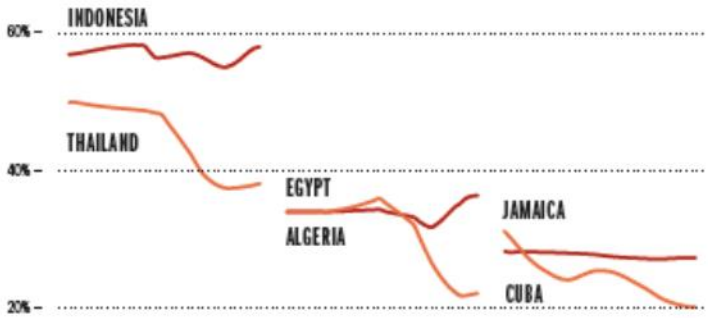


Figura 3. Prevalencia de tabaquismo diario en varones en algunos países de ingresos medios (%): 1980- 2013. Imagen tomada de The Tobacco Atlas

Aproximadamente 176 millones de mujeres adultas en todo el mundo son fumadoras diarias. Las tasas de tabaquismo en las mujeres disminuyeron significativamente de 1980 a 2013 en varios países de ingresos altos. Sin embargo, fumar entre las mujeres sigue siendo más común en países de ingresos altos y medios que en los de ingresos bajos (Figura 3).

El consumo de tabaco femenino en la mayoría de los países asiáticos y africanos es infrecuente (aunque el consumo de tabaco sin humo entre las mujeres del sur de Asia es relativamente común). Las tasas de tabaquismo disminuyeron en varios países de Asia y África entre 1980 y 2013. Sin embargo, unas medidas de control adecuadas, evitarían en un futuro, un aumento en las tasas de tabaquismo entre las mujeres en los países de ingresos bajos y medios para no seguir el patrón de la epidemia mundial de tabaquismo, en el que -como se ha señalado- primero aumenta la prevalencia del tabaquismo masculino de forma sustancial, y en las siguientes 3-5 décadas, aumentan las tasas de tabaquismo entre las mujeres (figura 4).

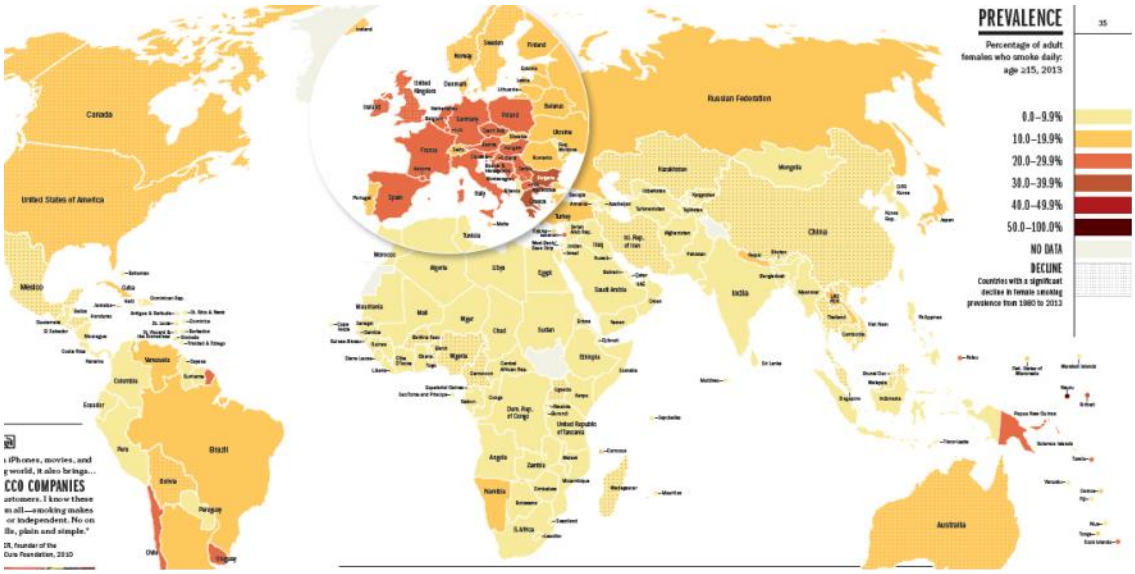


Figura 4. Prevalencia de mujeres fumadoras diarias ≥ 15 años en el mundo en 2013.Imagen tomada de The Tobacco Atlas

El ejemplo de Japón muestra que esta segunda etapa de la epidemia (el aumento en la prevalencia del tabaquismo femenino) no es inevitable. En Japón, el consumo de tabaco femenino no ha seguido el modelo de epidemia mundial (figura 5(a)).En países con altos ingresos el consumo de tabaco y las muertes atribuidas al mismo en las mujeres siguen los patrones que han tenido los varones durante tres décadas, siendo esto inevitable (figura 5(b)).

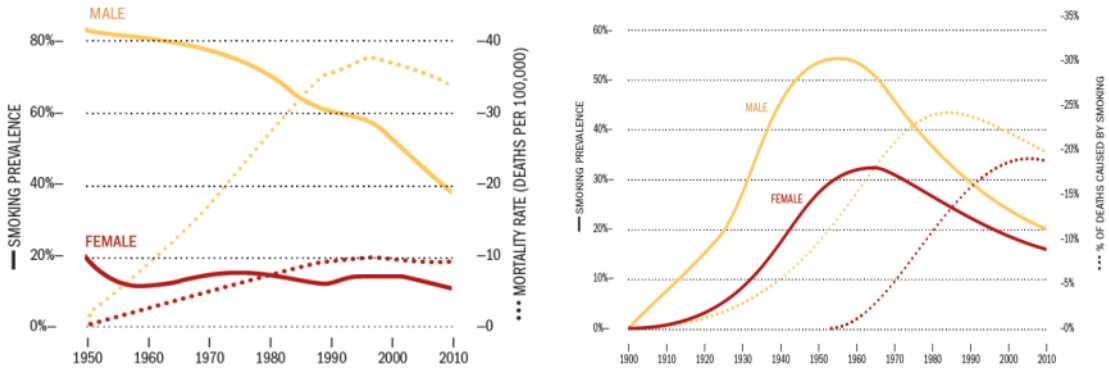


Figura 5. Tendencias estandarizadas por edad, prevalencia de tabaquismo y mortalidad por cáncer de pulmón. Figura 5(a) en Japón, 1950-2010. Figura 5(b) en EE.UU, 1900-2010. Imagen tomada de The Tobacco Atlas

Una de las mayores oportunidades para los gobiernos para la protección de la salud pública en el siglo XXI es evitar un aumento de la prevalencia del consumo de tabaco entre las mujeres de los países con ingresos bajos y medios (figura 6).

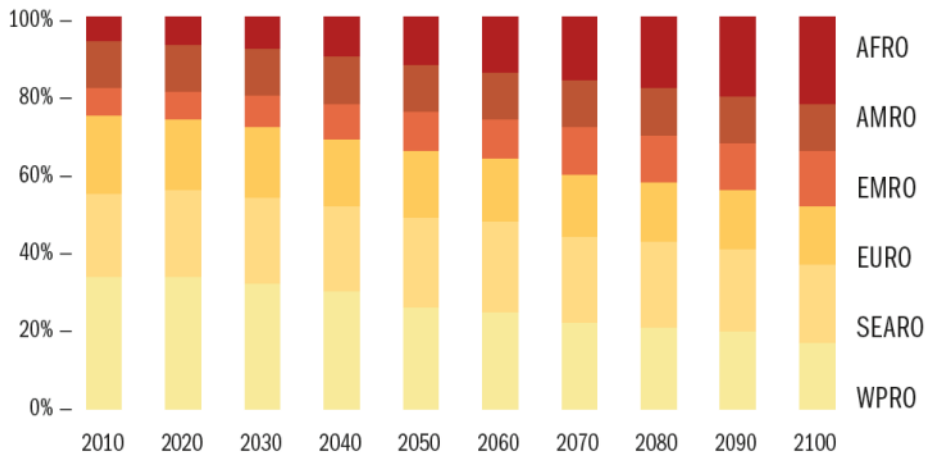


Figura 6. Distribución estimada -con las actuales políticas de control- de personas adultas fumadoras (varones y mujeres) a lo largo del siglo XXI según región de la OMS en la que viven. La mayor parte del aumento previsto está en la región AFRO y se atribuye a los varones. Imagen tomada de The Tobacco Atlas

En la mayor parte de los países en desarrollo las tasas de incorporación al consumo son mayores en mujeres que en varones (lógico en parte, dado la menor pre-valencia); así mismo, como el consumo masculino parece haber tocado techo en muchos de estos países, los esfuerzos promocionales de la industria tabaquera se dirigen a los adolescentes de ambos sexos, y a la población femenina en general, donde no ha alcanzado su techo y no lo hará hasta bien entrado el siglo XXI. De hecho, en los últimos años se han apreciado notables incrementos en las prevalencias de consumo femenino en varios países en desarrollo, sobre todo del sudeste asiático.

Las empresas tabacaleras intentan asociar el consumo de tabaco entre las mujeres a los derechos y a la igualdad de género, así como el *glamour*, la sociabilidad, el disfrute, el éxito y la delgadez (figura 7). Utilizan diversas estrategias para promover la aceptación social del consumo de tabaco entre las mujeres, incluyendo la comercialización de productos en cuanto a su sabor, aroma, diseño

del producto -paquetes más atractivos para las mujeres-, publicidad, participación en programas de responsabilidad social…

Figura 7. Montaje de anuncios publicitarios de diferentes marcas de tabaco

El estudio de los datos publicados de la evolución de las prevalencias de consumo según sexo y edad en España, y de las tendencias, muestra cómo se empieza a apreciar un descenso en el consumo de tabaco de las mujeres, más evidente en las mujeres más jóvenes, aquellas que tiene entre 15 y 34 años (figura 8).

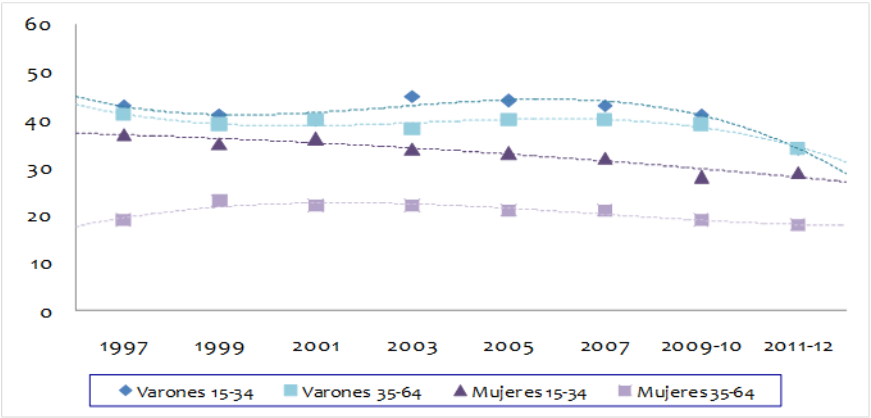


Figura 8. Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco en España según edad y sexo. Encuesta Nacional de Salud (ENSE) 1997 - 2011/12

Por otra parte, aunque las adolescentes siguen iniciándose más en el consumo que sus coetáneos varones, también está disminuyendo en ellas la iniciación en el consumo (figura 9). El consumo está más extendido entre las mujeres (consumo de varones y mujeres cada vez más cercano). Se estabiliza la tendencia descendente del consumo iniciada en 2004.

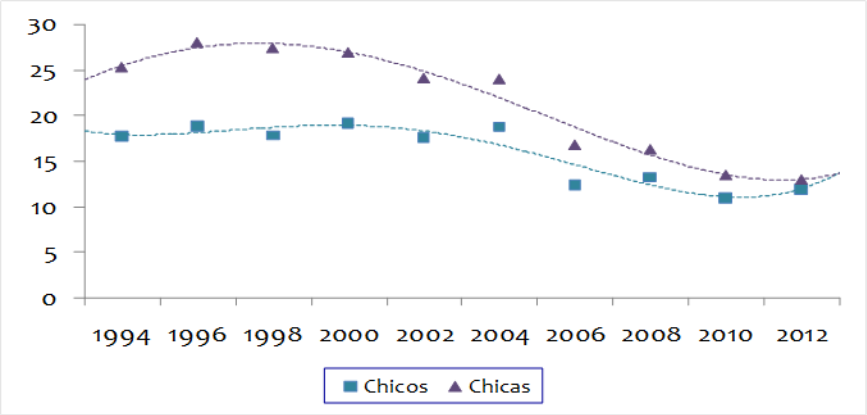


Figura 9. Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco en España en escolares de 14-18 años. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 1994-2012

En general en los países desarrollados se aprecian dos constantes relativas en los patrones de consumo tabáquico: por un lado, las chicas adolescentes se incorporan al consumo de tabaco en mayor proporción que lo que lo hacen los adolescentes varones y; por otro, las mujeres entre 25-35 años tienden a dejarlo más que sus compañeros varones, con frecuencia asociado al embarazo.

Al igual que en el caso de los varones, el mantenimiento e incremento del consumo de tabaco se ve favorecido por la presencia de una baja percepción social de problema. Este hecho se agrava particularmente en el caso de las mujeres, en quienes -por llevar menos tiempo fumando- todavía no se han manifestado gran parte de las consecuencias perjudiciales del tabaquismo sobre la salud en la mayor parte de los países. Sí en aquellos países desarrollados con alta prevalencia femenina, pero no aún en aquellos países en los que el grueso de la incorporación femenina al consumo se ha producido a partir de los años 80 (países del Sur de Europa, por ejemplo), de los años 90 (países de la esfera de la antigua

Unión Soviética) o más tarde. En las sociedades desarrolladas se observa cómo el consumo de tabaco se está desplazando a los estratos más desfavorecidos socialmente: tanto en varones como en mujeres se asocia cada vez más con la pertenencia a menores niveles socioeconómicos y con más indicadores de pobreza. En definitiva, en los países desarrollados el consumo de tabaco tiende a igualarse entre mujeres y varones, siendo más prevalente en las personas en situación de desventaja social.

En los países en vías de desarrollo el consumo femenino de tabaco sigue siendo minoritario frente al masculino, pero está creciendo a un ritmo cada vez mayor. De hecho, las mujeres de estos países -no sólo ellas- están entre los objetivos prioritarios de la industria tabaquera, ya que las actuales perspectivas de expansión del mercado en las sociedades occidentales están muy mermadas.

2. PATOLOGÍA DERIVADA DEL CONSUMO

El consumo de tabaco es la causa prevenible más común de muerte (figura 10(a) y 10(b)). A nivel mundial, el consumo de tabaco mató a 100 millones de personas en el siglo XX. Entre las personas de mediana edad, el consumo de tabaco se estima que es el factor de riesgo más importante para una muerte prematura en los varones y el segundo factor de riesgo en las mujeres (después de la presión arterial alta) desde 2010 hasta 2025.

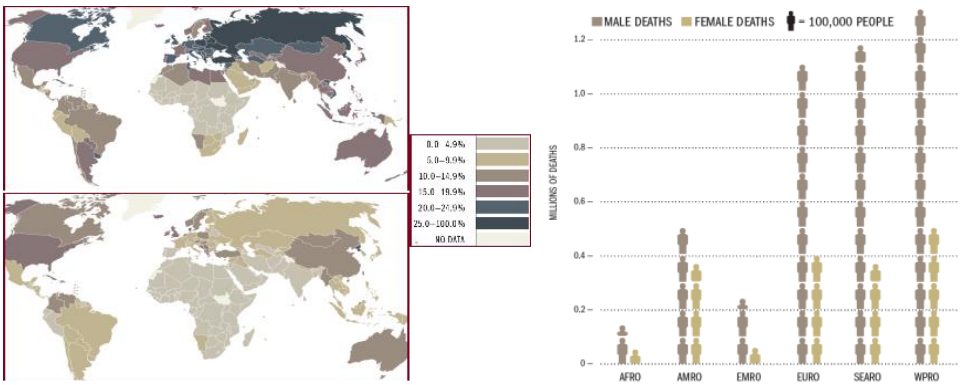


Figura 10(a) y (b). Porcentaje de muertes de varones y mujeres para todas las edades, 2010.Imagen tomada de The Tobacco Atlas

2.1. EL TABAQUISMO COMO TRASTORNO CLÍNICO

La mayor parte de quienes fuman presentan un trastorno adictivo de dependencia del tabaco o de la nicotina. Es el trastorno más frecuentemente diagnosticado en quienes fuman. Una adicción es un trastorno conductual en el que la persona tiene disminuido el control sobre el consumo de la sustancia. Se admite que los efectos biológicos aislados no son suficientes para generar una dependencia, ya que en el proceso adictivo intervienen también las características de la persona y del entorno. Así, en la base de cualquier dependencia coinciden siempre tres constantes: la existencia de una sustancia psicoactiva, su capacidad de refuerzo y la existencia de diversos estímulos, internos o externos al sujeto. En el caso de la adicción a la nicotina, se dan los tres elementos: una sustancia psicoactiva, con fuerte capacidad de refuerzo y cuyo consumo está condicionado por múltiples estímulos del entorno (Ayesta et al., 2014).

La dependencia es pues un fenómeno complejo en el que tiene una enorme importancia el contexto sociocultural en el que se desarrolla. De esta manera la extensión del tabaquismo, al igual que ocurre con otras epidemias con un importante componente conductual, está determinada por factores ambientales y culturales. La nicotina es una sustancia muy adictiva y es la responsable de la dependencia que hace que la mayoría de las personas que fuman poco después de intentar reducir o eliminar el consumo de tabaco, recaigan y vuelvan a sus niveles habituales de consumo. La presencia de dependencia no agrava per se la toxicidad derivada del consumo de tabaco: lo que es propiamente tóxico es el consumo. La presencia de dependencia dificulta la cesación e, indirectamente, es responsable de una mayor aparición de toxicidad, por perpetuar el consumo. Una dependencia es un trastorno de la conducta que se caracteriza porque está disminuido el control sobre el consumo de una determinada sustancia psicoactiva. Los esfuerzos que se realizan por reducir o eliminar la ingesta de esa sustancia fracasan reiteradamente, percibiéndose en circunstancias precisas una especie de necesidad o compulsión hacia su toma (Ayesta et al., 2014).

2.2. TOXICIDAD DERIVADA DEL CONSUMO DE TABACO

Una persona fumadora presenta un 50% de posibilidades de morir prematuramente por un trastorno derivado de su consumo de tabaco; de media, quien fume perderá unos siete años; más que el número de años, probablemente sea más relevante la pérdida de calidad de vida del resto de los años (Surgeon General Report, 2014; Ferrence, 2000). El incremento del riesgo es proporcional al tiempo que se lleve fumando, a la cantidad que se fume y a la profundidad de la inhalación. El consumo de tabaco aumenta el riesgo de muerte de muchas enfermedades; cáncer, enfermedad isquémica del corazón, EPOC y accidente cerebrovascular son las más comunes. La tabla I recoge las principales enfermedades asociadas al consumo de tabaco.

Tabla 1. Principales enfermedades asociadas al consumo de tabaco

Enfermedades para las que se ha establecido firmemente una asociación causal directa y en las cuales fumar es el principal factor responsable del exceso de mortalidad
Cáncer de pulmón
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (incluido enfisema)
Enfermedad vascular periférica
Cáncer de laringe
Cáncer de la cavidad oral (faringe)
Cáncer de esófago
Enfermedades para las que se ha establecido firmemente una asociación causal directa y en las cuales fumar es uno de los factores responsables del exceso de mortalidad:
Accidente cerebro-vascular
Enfermedad coronaria
Cáncer de vejiga
Cáncer de riñón
Cáncer de páncreas
Mortalidad perinatal
Aneurisma aórtico

Enfermedades en las que epidemiológicamente se observa un mayor riesgo significativo, pero en las que la naturaleza exacta de la asociación no está bien establecida
Cáncer de cuello uterino
Cáncer de estómago
Úlcera gástrica y duodenal
Neumonía
Cáncer de hígado
Síndrome de muerte súbita del lactante
Esquizofrenia, depresión y algunos trastornos de ansiedad
Enfermedades en las que se observa un exceso de mortalidad en quienes fuman, pero en las que la asociación podría ser debida a factores de confusión
Alcoholismo
Cirrosis hepática
Envenenamiento
Suicidio
Enfermedades en las que quienes fuman presentarían menores tasas de mortalidad
Cáncer de endometrio
Enfermedad de Parkinson
Colitis ulcerosa

El cáncer de pulmón es la principal causa de muerte por cáncer en todo el mundo, matando a aproximadamente 1,4 millones de personas a nivel mundial en 2008. Al menos el 80% de las muertes por cáncer de pulmón son atribuibles al consumo de tabaco. Incluso en África, donde la prevalencia del tabaquismo ha aumentado sólo recientemente, el cáncer de pulmón es ahora la causa de muerte más común por cáncer en los varones.

Incluso para las personas que fuman 10 o menos cig/d, la esperanza de vida es en promedio 5 años menor y el riesgo de padecer un cáncer de pulmón es hasta 20

veces mayor que en las personas no fumadoras. Las personas que fuman menos de 4 cig/d tienen hasta 5 veces más riesgo de padecer un cáncer de pulmón. Como no existe un nivel seguro de consumo de tabaco, la mejor manera de prevenir las muertes asociadas al mismo es evitar su consumo y la exposición a su humo.

Los pacientes con enfermedad coronaria, cáncer, u otras enfermedades que siguen fumando tienen un riesgo significativamente mayor de muerte en comparación con los pacientes con la misma enfermedad que nunca fumaron o que dejaron de fumar después de ser diagnosticados.

Dentro de la patología asociada al consumo de tabaco, destaca la relación existente entre tabaquismo y patología psiquiátrica (Veiga, 2016), cuya evidencia es cada vez mayor. Actualmente el tabaquismo es considerado un marcador de patología psiquiátrica en los países desarrollados. De hecho los pacientes con enfermedad mental tienen el doble de probabilidad de fumar que los pacientes no psiquiátricos, entre un 50-80% (de Leon et al., 1995). Esto es particularmente evidente en el caso de la depresión, de otras conductas adictivas, de la esquizofrenia y de algunos trastornos de ansiedad (Grant et al., 2004; de Leon & Diaz, 2012) (tabla 2).

Tabla 2. Odds ratios (OR) de presentar dependencia nicotínica en diversos trastornos psiquiátricos

Trastorno de uso de alcohol	4,4 (3,9-4,9)
Trastorno de uso de drogas	8,1 (6,7-9,8)
Trastorno humor	3,3 (3,0-3,6)
Trastorno de Ansiedad	2,7 (2,4-3,0)
Trastorno personalidad	3,3 (3,0-3,6)
Esquizofrenia	5,3 (4,2-7,1)
Trastorno Bipolar	4,0 (2,4-6,7)

Una gran parte de las diferencias entre varones y mujeres que se observan en las expectativas de vida se deben al diferente consumo de tabaco en el pasado. La predicción de que *"si las mujeres fuman como los varones, acabarán muriendo como*

los varones" hoy puede ser corroborada analizando las causas de morbimortalidad en los países en los que las mujeres se incorporaron más tempranamente al consumo de tabaco. Existe toda una patología emergente relacionada con el consumo de tabaco en las mujeres occidentales (de momento se ve más en occidente), patología que era casi exclusiva de los varones varias décadas atrás.

Durante mucho tiempo, las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco se consideraron como asociadas a los varones y la industria del tabaco hizo creer a las mujeres -lo sigue haciendo en muchos países en desarrollo- que ellas eran inmunes a los efectos del tabaco. Sin embargo, el tabaco afecta a ambos sexos de manera parecida. Los cigarrillos presentan en las mujeres similares relaciones dosis-respuesta que en los varones; por ello, las mujeres que fumen de forma análoga a los varones experimentarán tasas de mortalidad similares a éstos. Al igual que en los varones, la toxicidad derivada del consumo de tabaco se ve más influida por la duración del consumo que por la intensidad de éste. En las mujeres fumar representa estar expuestas a las mismas enfermedades que el varón, conllevando también patologías específicas femeninas adicionales.

Ya desde principio de este siglo se ha podido observar en España cómo ha aumenta-do en mujeres la incidencia de aquellas patologías asociadas al consumo de tabaco que previamente habían aparecido en varones (Banegas et al., 2001; Nerín, 2005).

2.3. PATOLOGÍA ESPECÍFICA DE GÉNERO

La mortalidad femenina por tabaco no se deriva fundamental o primariamente de patologías específicas de género, sino todo lo contrario: las causas de mortalidad son similares a la de los varones, aunque con algunas ligeras diferencias (Surgeon General, 2001).

En diversos países (Estados Unidos, Reino Unido) el cáncer de pulmón ya ha superado al cáncer de mama como primera causa de muerte por cáncer en las mujeres (Figura 11). Por otro lado, en los últimos años la mortalidad femenina por enfermedades cardio- y cerebro-vasculares atribuibles al tabaco se ha incrementado notablemente en las sociedades occidentales; el riesgo es mayor si la conducta de fumar se asocia con el consumo de anticonceptivos orales, especialmente con los de alto contenido estrogénico (Sharma, 2013).

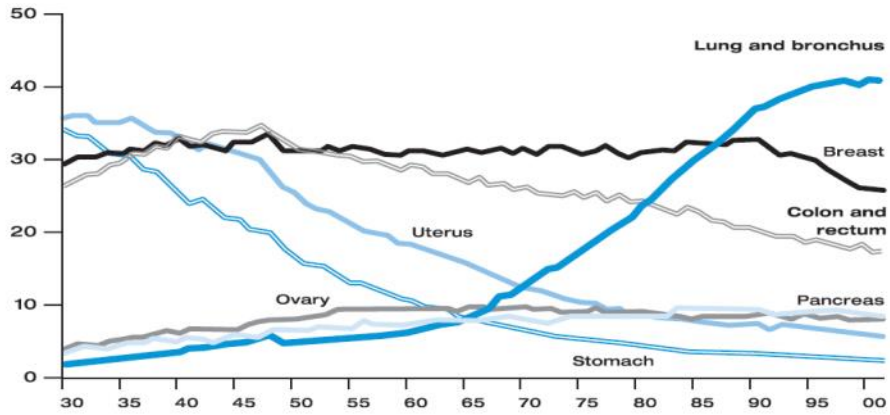


Figura 11. Tasas de mortalidad ajustadas por la edad de diversos cánceres en mujeres en Estados Unidos entre 1930 y 2002.Imagen tomada de The Tobacco Atlas

El consumo crónico de tabaco puede también ocasionar diversas patologías género-específicas (patología del tracto genital y en la reproducción), así como influir en determinados aspectos funcionales o conductuales que afectan de forma diferente a mujeres y varones (osteoporosis, estética).

Fertilidad. El tabaquismo reduce la fertilidad tanto en mujeres como varones. De hecho, los cigarrillos están entre las sustancias tóxicas que afectan la reproducción humana y reduce de forma significativa y con efecto dosis-respuesta la fertilidad de las mujeres que desean tener un hijo/a. Puede existir un retraso en la concepción; entre las personas fumadoras las posibilidades de concebir se reducen entre un 10% a un 40% por ciclo y cuanto mayor es el número de cigarrillos consumidos más tarda la mujer en quedarse embarazada (Olsen, 1991). Pero también puede existir infertilidad (no concebir después de 12 meses de sexo sin

protección o anticoncepción) tanto primaria (nunca ha tenido hijos/as) como secundaria (mujeres que ya han estado embarazadas previamente). Las mujeres que fuman tienen el doble de riesgo de ser infértiles que las mujeres no fumadoras (Surgeon General, 2001).

Tratamientos de reproducción asistida. La afectación de la fertilidad por parte del tabaco también se ha podido demostrar cuando se han llevado a cabo tratamientos de reproducción asistida. Así, en un estudio retrospectivo sobre resultados de fecundación in vitro se observa una tasa de nacidos vivos reducida entre las mujeres fumadoras, 9,6% respecto al 17,0% de las no fumadoras (Delcroix & Chuffart, 1999).

Problemas en la menstruación. En las mujeres fumadoras, la regla es más irregular, siendo además más frecuente la presencia de dismenorrea. Por otra parte, debido probablemente al efecto antiestrogénico del tabaco, la menopausia está adelantada 2-3 años en las mujeres fumadoras, lo que agrava el riesgo de osteoporosis.

Problemas durante el embarazo. Puede decirse que el consumo de tabaco durante el embarazo aumenta el riesgo de que la embarazada padezca: a) embarazo ectópico, b) aborto espontáneo y; c) complicaciones placentarias (desprendimiento de placenta y placenta previa) (British Medical Association, 2004; Ananth et al., 1996). Así mismo, el consumo de tabaco durante el embarazo aumenta el riesgo de que el bebé padezca: a) retraso en el crecimiento, b) parto pre-término, c) bajo peso al nacer y; d) SMSL (Schoendorf & Kiely, 1992; Stick et al., 1996).El consumo de tabaco durante el embarazo aumenta al doble el riesgo de que el lactante padezca SMSL. Este riesgo se potencia independientemente cuando, tras el parto, la madre -u otras personas- fuma en presencia del bebé.

Cánceres específicos de género. Las mujeres fumadoras presentan doble riesgo relativo de desarrollar cáncer de cérvix, aunque esto puede deberse a un factor de confusión por la mayor presencia de papiloma en mujeres fumadoras (Doll, 1996;

British Medical Association, 2004). Por el contrario, probablemente por la propia acción antiestrogénica, tienen un 30% menos de probabilidades de padecer cáncer de endometrio. Estudios demuestran un mayor riesgo de cáncer de mama en mujeres fumadoras, especialmente si el inicio del consumo de tabaco era temprano y la historia del consumo mayor de 30 años (IARC, 2002; Direcció General de Salut Pública Barcelona, 2001).

Efectos estéticos. La halitosis y las manchas en los dedos y en los dientes, aunque no ocurren sólo en mujeres, les preocupan más a ellas. El consumo de tabaco es la segunda causa de arrugas en la piel; también proporciona a ésta un aspecto mucho más apagado, aspecto que mejora notablemente al cesar el consumo y recuperar la irrigación los tejidos periféricos. Por su acción sobre la piel, el consumo de tabaco disminuye también la acción de los productos cosméticos (figura 12).

Figura 12. Diversas utilizaciones contrapublicitarias del hecho de que fumar produce envejecimiento de la piel. Arriba: izq., en la Unión Europea; der.: en Hong Kong; abajo: fotocomposición UC.

3. DIFERENCIAS EN EL CONSUMO DE TABACO ENTRE MUJERES Y VARONES

Dado que el consumo de tabaco tiene condicionantes diferentes en varones y en mujeres, resulta de interés analizar en profundidad los factores específicos de género que pueden intervenir tanto en el inicio del consumo, en su mantenimiento, así como en los relacionados con la cesación, objetivo de este trabajo.

La mayoría de los jóvenes prueban su primer cigarrillo entre los 10 y los 14 años, y aunque la edad de inicio sigue siendo menor en los chicos, cada vez se equipara más entre los dos sexos (ESTUDES 1994-2013). Por otra parte, en los países desarrollados es raro que un individuo empiece a fumar pasados los 20 años (Janet al., 2001). En España, los últimos datos estiman en 13,6 años la edad de inicio en el consumo de tabaco para ambos sexos (ESTUDES 1994-2013).

El proceso de inicio en la persona fumadora es complejo y está determinado por aspectos socioculturales, personales y ambientales, que pueden diferir en varones y mujeres.

3.1. FACTORES SOCIOCULTURALES

La influencia que ejerce el entorno más próximo va a ser determinante. Si se fuma en el ambiente familiar, los más jóvenes se acostumbran a convivir con el humo del tabaco y lo incorporan al patrón de normalidad con lo que la percepción del riesgo disminuye, tienen más fácil el acceso a la sustancia y acaban por imitar a las personas de referencia más inmediatas para ellos. En este aspecto, existe una clara diferencia de género ya que las chicas son más sensibles al tabaquismo de ambos progenitores, especialmente al de la madre a la que toman como modelo, aunque dicha influencia disminuirá con la edad (Jané, 2001). Diversos estudios afirman que las adolescentes cuyas hermanas mayores o madres fuman, tienen

una probabilidad cinco veces mayor de llegar a ser fumadoras, con respecto a las jóvenes en cuya familia no fuma nadie (Chollat-Traquet, 1992).

La influencia de los amigos, también denominados iguales o pares, juega un papel crucial, incluso más decisivo que el ambiente familiar. Ésta puede ser directa, como el ofrecimiento de cigarrillos por parte de los amigos, que afecta más a los chicos o indirecta, es decir, fumar porque los demás lo hacen, que afecta por igual a ambos sexos, siendo el número de mejores amigos fumadores el factor que se asocia más directamente con el tabaquismo en la adolescencia (WHO, 2001). El temor a ser rechazado por el grupo de amigos (presión de homólogos) puede ser determinante a la hora de aceptar un cigarrillo y comenzar a fumar (Jané, 2001; Ariza & Nebot, 2002).

El entorno socioeconómico y cultural también está ampliamente ligado al inicio del tabaquismo. En nuestro país fueron las mujeres pertenecientes a un estatus social alto y un mayor nivel educacional las que empezaron a fumar antes, pero son las de este nivel las que también han empezado a dejarlo antes. Actualmente se percibe un cambio en el patrón de inicio y son las mujeres de menor nivel educativo y clases más desfavorecidas las que más fuman, equiparándose así a los varones, cuyas tasas de prevalencia más elevadas se localizan en los grupos más desfavorecidos (Jané, 2004; Fernández, 2001).

3.2. FACTORES PERSONALES

Entre los factores personales y psicológicos característicos del género femenino asociados con el inicio del tabaquismo destacan fundamentalmente la autoestima, la preocupación por la autoimagen, las consideraciones por el peso corporal y los estilos de afrontamiento a situaciones estresantes, por citar algunos de los más importantes (Jané, 2004). Las chicas poco comunicativas con los padres y familiares, y más con los amigos y grupo social, tienen mayor probabilidad de ser fumadoras. Son más rebeldes y propensas a actitudes de riesgo, no conocen las

consecuencias que acarrea el fumar y tienen una imagen positiva de la persona fumadora (Dirección General de Salud Pública, 2001). Las adolescentes creen que fumar les hace más femeninas y sexualmente atractivas, les proporciona tiempo para sí mismas y es una fuente de placer y confort.

También perciben que el cigarrillo les ayuda a estar delgadas, aumentando su auto-confianza y la impresión de estar a la moda. El control del peso es un factor de inicio más frecuente en las chicas que en los chicos. En este sentido, diversos estudios han puesto de manifiesto que las chicas consideran que tienen sobrepeso en mayor proporción que los chicos y que el tabaco les ayuda a no engordar (Jané, 2004).

Los procesos psicológicos involucrados en el tabaquismo también son diferentes entre varones y mujeres. Las jóvenes con menor autoestima tienen más probabilidades de empezar a fumar debido a la creencia de que el tabaco calma los nervios, controla el estado de ánimo o alivia el estrés. Sin embargo, algunas investigaciones refieren que son las jóvenes más sofisticadas y con mayor control de sí mismas las que más fuman, en los últimos años de la adolescencia (Jané, 2001). En cuanto el estrés, entendido como aquella ansiedad, irritabilidad u hostilidad característica de la adolescencia, afectaría también más a las chicas que utilizarían el cigarrillo para hacer frente a las tensiones propias de esta edad (Jané, 2004; Amos, 1996; Surgeon General, 2001).

Algunos de los efectos comentados contribuyen a que las adolescentes hagan un balance positivo de la conducta de fumar, al obtener beneficios tangibles del tabaco en su propia imagen, muy superiores a las preocupaciones no visibles e intangibles del tabaco en su salud muy a largo plazo (Jané, 2004). Todo ello se traduce en actitudes favorables que junto con la intención de fumar en el futuro, se han mostrado como potentes factores predictivos en el tabaquismo de los jóvenes.

3.3. FACTORES AMBIENTALES

La publicidad ha influido de manera relevante en el inicio del consumo de tabaco en general y en las mujeres en particular. Las mujeres se inician en el consumo de tabaco más tarde que los varones, condicionadas por factores socioculturales relacionados con su incorporación al mundo laboral y el movimiento de igualdad de derechos (Nerín & Jané, 2003; Mackay & Amos, 2003), aspecto amplia y hábilmente utilizado por la industria tabaquera. La mujer aparece en la publicidad de tabaco a principio del siglo XX para asociarse rápidamente con la imagen de la moda y la delgadez en las revistas americanas de moda femenina. Entonces, algunas marcas de tabaco ya ofertaban a las mujeres anuncios de cigarrillos con propuestas como: *"mejor un cigarrillo que un dulce"*. Su alianza con el sector más sofisticado dio lugar a la contratación de modelos para que fumaran en público, o estrategias como la de *Lucky Strike*, que en 1928 presionó a la industria de la moda para que eligiera el color de su cajetilla como color de la temporada (Kaufman, 1994). Más tarde, se inicia entre las mujeres americanas el movimiento de liberación y de igualdad de derechos con un cambio importante en los valores femeninos. La industria del tabaco y su publicidad no permanecieron ajenas a estos cambios culturales y rápidamente modificaron el mensaje asociado al consumo de tabaco de sofisticación y *glamour*, por el más moderno de liberación e igualdad. A mediados del siglo XX, cuando la industria tabaquera descubrió que podía incorporar masivamente a las mujeres al mercado del tabaco, inició fuertes campañas asociando el hecho de fumar a los valores en alza de la época, es decir, la liberación y la lucha por la igualdad de derechos. Baste un ejemplo: a finales de los años sesenta, de manera poco casual, *Philips Morris* lanzó al mercado una marca de cigarrillos destinada a las mujeres, cuyo slogan publicitario, *"Has recorrido un largo camino, pequeña"*, asociaba el hecho de fumar con los valores de igualdad del movimiento de liberación propio de esa década (Richmond, 2003).

Así, fumar llegó a ser un signo de emancipación y desafío para muchas mujeres, simbolismo que utilizó la industria en sus campañas hasta inicios del siglo XXI.

Diversas investigaciones han evaluado este efecto entre las adolescentes americanas y han puesto en evidencia el incremento de la prevalencia de fumadoras en las décadas sucesivas a los años 60 (Pierce et al., 1994). Una vez que se había logrado popularizar el consumo entre las mujeres, utilizando los mensajes publicitarios de libertad e independencia, la industria lanzó el tabaco light como una forma de *"fumar más sana y más saludable"* para las mujeres (Nerín, 2005). En nuestra sociedad de consumo, *light* es una palabra potente; al añadirla a una marca de tabaco, éste puede ser vendido a personas fumadoras preocupadas por su salud que buscan productos menos perjudiciales. En el caso del tabaco, según documentos de *Philips Morris*, la investigación cualitativa confirmó que lo light es más femenino; de hecho las mujeres compran más estos productos que los varones (Joossens & Sasco, 1999). No resulta pues sorprendente que estos cigarrillos se hicieran tan populares entre ellas. En 1995 en la Unión Europea el 48% de las mujeres fumadoras consumían cigarrillos *light* (Joossens & Sasco, 1999). Esta estrategia de la industria tuvo un impacto enorme en el tabaquismo femenino al conseguir que muchas mujeres, fumadoras de tabaco convencional, se pasaran a los light como una opción de consumo más saludable, retrasando o evitando la decisión de dejar de fumar (Joossens & Sasco, 1999). De hecho la promoción de este tipo de cigarrillos resultó mucho más exitosa que el desarrollo de marcas exclusivas para mujeres, cuya cuota de mercado permaneció limitada (Joossens & Sasco, 1999).

A lo largo de su historia, la publicidad de tabaco destinada a las mujeres, ha utilizado diversos mensajes asociados a valores típicamente asignados al rol femenino, siempre adaptados al contexto cultural de cada momento, como independencia, libertad, autoconfianza, control del peso, atractivo personal, autonomía, juventud, éxito personal, popularidad, éxito social, … (Christen & Christen, 2003). En la actualidad, uno de los valores más poderosos entre los adolescentes es todo lo relacionado con el sector de la moda, utilizado por la industria tabaquera de manera constante y universal (Simpson, 1993). A diferencia

de los chicos, las adolescentes pueden ser más susceptibles a determinados mensajes relacionados con las tentaciones para fumar (Kaufman, 1994). Como ya se ha comentado existe evidencia de que en las chicas, la mayor preocupación por su apariencia física y una menor autoestima pueden favorecer el inicio en el consumo de cigarrillos (Minigawa et al., 1993). La publicidad de tabaco ha explotado de esta manera la vulnerabilidad de las jóvenes, cuyo canon de belleza está representado por modelos muy delgadas a través del binomio delgadez-tabaco. Como consecuencia de todo ello, las adolescentes perciben el tabaco equivocadamente como beneficioso lo que facilita su inicio al consumo (Kaufman, 1994).

La industria tabaquera ha conseguido el objetivo de incorporar el cigarrillo al estilo de vida femenino, convertirlo en normal para las mujeres y lograr su aceptación social. El éxito de todos estos esfuerzos por incorporar al mercado del tabaco a las mujeres es fácil de comprobar. Basta con observar la evolución a lo largo del siglo pasado, de la prevalencia del tabaquismo femenino en los países desarrollados.

Otro de los factores ambientales que incide en el inicio y también en la cantidad de cigarrillos que fuman, es el incremento del precio del tabaco, aspecto que influye más en el nivel de consumo de los jóvenes que en el de los adultos. Sin embargo, algunos adolescentes, mayoritariamente mujeres, dan prioridad a la compra de cigarrillos sobre otros consumos, incluso disponiendo de poco dinero, por lo que puede ser que el precio del tabaco no tenga un efecto tan potente (Chollat-Traquet, 1992; Nerín & Jané, 2003). Frecuentar bares o discotecas y consumir bebidas alcohólicas también estaría relacionado con el inicio del consumo, debido a una mayor accesibilidad a la sustancia o por un deseo de imitar comportamientos adultos (Nebot et al., 2004).

Desde enero de 2006 en nuestro país está prohibida cualquier clase de publicidad de tabaco (BOE 309 de 27 de diciembre de 2005). Con esta limitación la industria tabaquera pierde una potente herramienta de promocionar el consumo. En países como Noruega, Finlandia, Nueva Zelanda y Francia la prohibición completa de la

publicidad del tabaco y sus marcas ha ido seguida de una disminución del consumo entre los adolescentes (CNPT, 2005).

3.4. CONDICIONANTES DEL MANTENIMIENTO EN LAS MUJERES

Las mujeres, al igual que los varones, fuman debido a las propiedades adictivas de la nicotina, pero existen diferencias en las razones que pueden impulsarlas a continuar fumando. La nicotina intensifica los sentimientos de bienestar, produce activación o relajación, ayuda a mantener la atención y a controlar el peso y el apetito (Becoña & Vázquez, 2000). Las mujeres tienden a fumar más por el efecto "sedación" y menos por el componente de "estimulación", más característico en los varones.

Se considera componente de sedación a la asociación de la conducta de fumar con estados de ánimo negativos, es decir, tristeza, ansiedad, soledad, incertidumbre, frustración, etc. (De la Rosa & Otero, 2004). De esta manera, el cigarrillo les ayuda a hacer frente a determinadas situaciones y lo perciben como reconfortante, por lo que lo utilizan como un instrumento para calmar el nerviosismo, aliviar el estrés y mitigar el sentimiento de ira y frustración, atenuando estos sentimientos negativos (Chollat-Traquet, 1992). Muchas personas fumadoras, tanto varones como mujeres, refieren que fumar les relaja, lo que ha llevado a la creencia de que la nicotina es ansiolítica y que por lo tanto abandonar el tabaco incrementaría la ansiedad. Sin embargo, este efecto ansiolítico de la nicotina no se ha confirmado en el laboratorio ni en animales de experimentación. Se piensa que estos efectos tranquilizantes son más bien debidos a la reversión de una sintomatología leve de abstinencia o a su utilización como un estilo de afrontamiento ante una situación estresora (Ayesta & De la Rosa, 2001).

Por otra parte, a pesar de los cambios producidos en los últimos años, cada vez es más frecuente que las mujeres asuman una doble ocupación, es decir compatibilicen trabajo productivo y reproductivo (De la Rosa & Otero, 2004), con

la consecuencia de una menor disponibilidad de tiempo para descansar y mayores preocupaciones difíciles de ignorar. Así, aunque las mujeres, en general, están más preparadas que los varones para afrontar el estrés crónico, la presencia de más cantidad de trabajo y mayores expectativas y/o dificultades en el mundo laboral, hace que se vean sometidas a un mayor nivel de estrés que sus compañeros varones (Ayesta & De la Rosa, 2001).

Algunas mujeres organizan sus tareas diarias alrededor de su propio consumo de tabaco, por ello, utilizan los cigarrillos como excusa para hacer una pausa o como recompensa a una tarea realizada. Con esto, rompen la monotonía, hacen frente a las tareas que producen frustración, y se dan algo de tiempo para sí mismas, incluso lo verbalizan como el *"único placer o la única recompensa que tienen a lo largo del día"* (Chollat-Traquet, 1992).

Las mujeres de mediana edad, y cada vez más las jóvenes, tienen una serie de expectativas asumidas frecuentemente mayores que las que tienen sus parejas varones, en el campo familiar y en el estético. Con respecto a las expectativas familiares, autoimpuestas o sociales, las mujeres tienen la sensación de que podrían o deberían hacer más de lo que hacen y, debido a todo esto, tienen mayores sentimientos de culpa. En relación con las expectativas afectivas, las mujeres tienen mayor riqueza de registros en su vida y las puede hacer más sensibles a las frustraciones, además, muchas de éstas vienen dadas por asumir escalas de valores masculinas (Ayesta & De la Rosa, 2001). Respecto a la manera de afrontar el estrés, muchas mujeres lo hacen de forma pasiva. Es decir, el estilo de afrontamiento es más de tipo paliativo que activo, por ello la conducta de fumar es una herramienta que le permite, sin modificar la situación estresante, aliviar su estado emocional negativo.

Todas estas circunstancias generadoras de estrés que se asocian a estados de ánimo negativos, dónde se utiliza el cigarrillo como una estrategia de afrontamiento, junto a la potente capacidad adictiva de la nicotina, son las

responsables del mantenimiento de la conducta de fumar y dificultar claramente el cese tabáquico.

Por otra parte, a pesar de que las mujeres tienen un patrón de consumo de tabaco menor que los varones, se ha descrito (ver Justificación) que encuentran más obstáculos para dejar de fumar y les cuesta más mantenerse abstinentes a largo plazo. La preocupación por el peso corporal y su posible incremento al dejar de fumar es uno de los obstáculos que puede frenar la decisión de abandonar el tabaco en las mujeres.

Diversos estudios demuestran que las personas fumadoras pesan menos que las no fumadoras y que dejar de fumar produce un incremento del peso (Klesges et al., 1989; Nerín et al., 2007), debido fundamentalmente a los efectos metabólicos de la nicotina (aumento del gasto energético, etc.). Al dejar de fumar se tiende a recuperar un cierto peso. El patrón corporal que se adquiere con este incremento es más fisiológico: disminuye el índice cintura/cadera, lo que baja el riesgo de accidente vascular. Lo de volver al peso no siempre es muy asumible, ya que *"mi peso"* suele identificarse con el peso que me gustaría tener. Además, en algunas personas fumar aumenta artificialmente la quema de calorías, por lo que su peso está químicamente (o tóxicamente) disminuido de manera habitual. Este hecho puede no ser fácilmente aceptado por algunas mujeres debido a que la ganancia de peso en la mujer es objetiva y subjetivamente importante. Objetivamente, porque la distribución femenina de la grasa hace que los incrementos de peso se noten más que en los varones, en ellas en las caderas, en ellos en la cintura. Subjetivamente, porque existe una notable distorsión en la percepción sobre el peso ideal y la mayor parte de mujeres con un IMC de 22-23 tienen la sensación de que deberían pesar menos (De la Rosa & Otero, 2004).

Estudios recientes han puesto de manifiesto que el incremento de peso que se produce al dejar de fumar es moderado y transitorio, en la mayoría de los casos, y no puede constituir una barrera para el abandono del tabaco (Nerín et al., 2007).El miedo a ganar peso tras la cesación y la mayor preocupación por un consumo de

"menor riesgo" que se encuentra en la población femenina, especialmente en las menos jóvenes, ha hecho que las campañas promocionales de cigarrillos *light* hayan sido enfocadas hacia las mujeres, que representan el sector poblacional que más lo consumen.

Otro aspecto que puede condicionar el mantenimiento de la conducta de fumar es el apoyo social. En general, las mujeres son más proveedoras que recibidoras de apoyo social y si este es desfavorable o está ausente, se dificulta el camino hacia la abstinencia (Ayesta & De la Rosa, 2001).

En resumen, las mujeres empiezan, se mantienen y dejan de fumar por motivos diferentes a los varones. Algunas mujeres fuman para mantener una imagen, para ganar aceptación o simplemente por conformismo social, otras utilizan el tabaco como estrategia de afrontamiento fácilmente accesible. En parte, algunos beneficios que experimentan las mujeres al fumar dificultan la toma de decisión de abandono del tabaco (Ayesta & De la Rosa, 2001).

4. DIFERENCIAS POR SEXOS EN LA CESACIÓN TABÁQUICA

En un principio se creyó erróneamente que las mujeres tenían una dependencia nicotínica más intensa que los varones, aunque actualmente sabemos que prácticamente no hay diferencias de sexo (Jiménez-Ruiz, 2002; Jarvis et al., 2013).

Aunque existen diversos estudios que apuntan a que las tasas de cesación de las diversas intervenciones podrían ser algo menores en mujeres, no existe un cuerpo de resultados globales que apoye esto (Jarvis, 1984, 1994; R´Kaina & De la Rosa, 2006; Jarvis et al., 2013). Los resultados diferenciales pueden deberse a sesgos de publicación o al hecho de que, al haber estado históricamente menos normalizado el consumo de tabaco femenino, esta subpoblación de mujeres fumadoras estuviesen dotadas de rasgos particulares (Allen et al., 2015).

Entre las razones que se postulan como justificativas de unas menores tasas de

cesación femeninas se encontrarían: su mayor asociación con trastornos depresivos y con menores tasas de autoestima y, especialmente en los países en desarrollo, el menor apoyo social. En cualquier caso, es un tema que requiere profundización.

En general, las intervenciones útiles lo son en ambos sexos (Greaves et al., 2006), aunque cuando se tienen en cuenta los objetivos de la intervención, resaltan diversos factores que pueden aconsejar un cierto abordaje diferenciado por sexos.

Inicialmente se pensó que las tasas de cesación eran menores en mujeres. De hecho, existen diferencias según los grupos de edad. Las mujeres más jóvenes tienen tasas de cesación más altas que sus coetáneos varones, invirtiéndose esta proporción en grupos de mayor edad. Sin embargo, cuando tomamos los datos globalmente y se ajustan por edad, las diferencias de sexo desaparecen (Jarvis, 1984, 1994, 2013).

Estas disparidades podrían estar relacionadas con el hecho de que los estudios de los que se han obtenido los resultados se han realizado sobre poblaciones no siempre comparables entre sí y usando diferente metodología.

Otros factores relacionados positivamente con una mayor tasa de cesación son un menor consumo tabáquico previo, un mayor nivel educativo y un índice de masa corporal alto. En este último caso, es plausible hipotetizar que las mujeres con un peso más elevado son menos permeables a la presión social sobre el aspecto físico y están menos preocupadas por los pequeños aumentos de peso tras la cesación tabáquica (Osler et al., 1999).

Donde sí encontramos diferencias de género es en el mantenimiento a largo plazo de la abstinencia, o dicho de otra forma, en la tasa de recaídas. Tanto en los estudios que evalúan la cesación espontánea como en los que se utiliza algún soporte farmacológico se observa que las mujeres presentan mayor tasa de recaídas que los varones. Además, esta diferencia aumenta conforme pasa el tiempo desde la cesación (Bjornson et al., 1995; Ward et al., 1997). Es decir, las

mujeres no tienen mayores dificultades para dejar de fumar, pero sí para mantenerse abstinentes a largo plazo.

Aunque el tratamiento sustitutivo con nicotina se muestra eficaz en ambos sexos se ha descrito que es significativamente más efectivo en varones (Wetter et al., 1999), aunque no siempre se encuentran diferencias significativas (Shiffman et al., 2005). Además las mujeres son más sensibles a los efectos secundarios cuando se utilizan dosis elevadas, lo cual limita su efectividad al favorecer el abandono del tratamiento (Evans et al., 2006). Esto no ocurre con el bupropión, tratamiento efectivo que en diferentes estudios no muestra diferencias de sexo (Collins et al., 2004), con vareniclina hay autores que describen más efectividad en mujeres que varones (MacKee et al., 2015). Una de las hipótesis que se barajan con estos resultados es que existen diferencias motivacionales entre ambos sexos. Las mujeres serían menos sensibles que los varones al refuerzo nicotínico directo, y sin embargo serían más proclives a factores no farmacológicos como el refuerzo sensorial y social secundario al uso del tabaco (Perkins, 1996; Bohadana et al., 2003). En este sentido, se observa que las mujeres, pero no los varones, experimentan un aumento del refuerzo nicotínico cuando se les informa previamente de la dosis de nicotina que contienen los cigarrillos que van a fumar. Esto nos indica la importancia de los factores psicológicos (Perkin et al., 2006). Debemos tener en cuenta estos datos de cara a realizar un abordaje diferenciado, incluyendo un tratamiento conductual que haga especial hincapié en factores como el control del peso y el manejo del estrés (Becoña & Vázquez, 2000). Obviamente no debemos olvidar el soporte farmacológico, necesario para maximizar las tasas de cesación y conveniente para minimizar la sintomatología de abstinencia. Esto es de gran importancia si tenemos en cuenta recientes resultados según los cuales a pesar de no existir diferencias de sexo a la hora de recibir consejo médico para abandonar el tabaco, el hecho de ser mujer sí está asociado a una menor probabilidad de recibir trata-miento farmacológico (Steinberg et al., 2006).

4.1. ESTRÉS

El estrés es uno de los factores psicológicos más importantes con los que se ha relacionado el tabaco (Wills, 1986). Diferentes desencadenantes del estrés, como la vivencia de acontecimientos negativos y los problemas familiares, están asociados a un mayor consumo de cigarrillos (Bonaguro & Bonaguro, 1987). El grado de estrés es mayor en las personas fumadoras regulares que en las ocasionales, llegando a su punto mínimo en las no fumadoras (Siqueira et al., 2000). En las personas adultas, el estrés se asocia con el mantenimiento del tabaquismo y el aumento de la tasa de recaídas. Varones y mujeres fuman para reducir el estrés, pero existen desigualdades de género en los desencadenantes del mismo. Muchas mujeres siguen teniendo que ocuparse totalmente de las responsabilidades domésticas además de mantener una vida laboral activa. Estos factores domésticos aumentan la probabilidad de que sean fumadoras (Graham et al., 2006). Las mujeres de nivel socioeconómico más bajo presentan mayor dificultad para la abstinencia; en ellas existen importantes carencias y cargas socio-familiares que les exigen un gran sobreesfuerzo. Además presentan niveles muy bajos de energía física y emocional, junto a sentimientos de aislamiento y desbordamiento. En este contexto, fumar se convierte en un mecanismo de afrontamiento que les permite momentos de huida así como un aumento del tono vital necesario para afrontar las desbordantes demandas cotidianas (Graham, 1987).

4.2. PATOLOGÍA AFECTIVA

La depresión es un trastorno relativamente frecuente en la población general. El riesgo para el episodio depresivo mayor a lo largo de la vida en las muestras de población general es del 17% aproximadamente, sin embargo hay una amplia diferencia entre sexos, siendo más frecuente su aparición en el sexo femenino 10-25%, que en los varones 5-12%. La prevalencia puntual del trastorno depresivo mayor se sitúa en el 5-9% en mujeres y en el 2-3% para varones (Breslau et al., 1994).

Los estudios más extensos y mejor documentados sobre la comorbilidad entre tabaquismo y trastornos psiquiátricos se han realizado en el campo de los trastornos afectivos, y más concretamente en los pacientes con depresión mayor, observándose una fuerte correlación entre ambas patologías (Kendler et al., 1993; Levin et al., 2003). Esta relación existe en todos los estratos de edad, siendo más significativa en mujeres, en pacientes con depresión mayor recurrente y en sujetos con altos niveles de dependencia nicotínica; a mayor nivel de dependencia mayor probabilidad de comorbilidad y gravedad de trastorno afectivo y de ansiedad.

Entre los pacientes fumadores, los antecedentes de depresión mayor se correlacionan con menores tasas de cesación tabáquica y mayor proporción de recaídas, así como con un síndrome de abstinencia más intenso.

La frecuencia de síntomas depresivos es inferior al 30% en el síndrome de abstinencia de personas fumadoras sin antecedentes de depresión mayor. Sin embargo en sujetos con antecedentes de depresión mayor aparecen síntomas depresivos o disfóricos en más del 75% de los casos, siendo en ellos más intenso en general el síndrome de abstinencia. La aparición de síntomas depresivos en la abstinencia es un predictor importante de recaída; los estados de ánimo negativos, factor de riesgo de recaída, se asocian a una peor evolución de la cesación, especialmente en mujeres (Reynoso et al., 2005).

Se ha sugerido que las personas fumadoras fuman para tratar de regular su estado de ánimo. Las razones de fumar incluyen la mejoría del estado de ánimo, el manejo del estrés, el afrontamiento del aburrimiento y la reducción de la ansiedad. Las mujeres refieren de forma más frecuente que los varones, que fuman para reducir el estado de ánimo alterado y el estrés, teniendo los sucesos vitales estresantes un efecto más negativo sobre la abstinencia y sobre la capacidad para dejar de fumar en ellas. En general se valora que el estado de ánimo negativo es un factor de riesgo de recaída más potente para mujeres, mientras que los estados afectivos positivos suponen un mayor riesgo de recaída en los varones (Perkins, 2001).

Dada la prevalencia de síntomas depresivos, presentes o anteriores, entre las personas fumadoras en general, no es sorprendente que entre un 30 y un 60% de las que buscan tratamiento presenten historia de depresión mayor, dentro de estas personas es más frecuente en las mujeres fumadoras. Por la magnitud de la situación es importante considerar las vías por las que la presencia de depresión mayor afecta a la historia tabáquica y a los intentos de cesación (Allen et al, 2003).

La reducción del afecto negativo es el primer motivo para fumar referido por las mujeres; en los varones, aunque importante, este es un factor más entre otros. Esto puede deberse a que las mujeres: a) son más propensas a padecer y/o a referir estados de ánimo negativos, b) utilizan el consumo más como paliación que como afrontamiento, c) fumadoras de hace 25-30 años pertenecían probablemente a una muestra menos normalizada que la de sus coetáneos varones y; d) puede haber una cierta correlación en algunas fumadoras entre los síntomas de tensión premenstrual y los de abstinencia nicotínica.

II. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

Hay un debate continuo sobre si existen diferencias de género consistentes en dejar de fumar (Bohadana et al., 2003; Collins et al., 2004; Jarvis et al., 2013). Se han observado tasas más altas de cesación en varones con TSN (Bjornson et al., 1995; Wetter et al., 1999) y bupropión (Scharf & Shiffman, 2004), así como en los estudios de asesoramiento conductual (Fortmann & Killen, 1994; Rahman et al., 2015), y tasas más altas de cesación en mujeres con vareniclina (MacKee et al., 2015).

La proporción de personas que han dejado de fumar (Surgeon General, 1990) ha sido mayor en varones que en mujeres en Estados Unidos (CDC, 1994). Las mujeres atendidas en los servicios para dejar de fumar -NHS- del Reino Unido tenían menos éxito en la cesación que los varones (Brose et al., 2011). Observaciones como éstas, han llevado a algunos autores a concluir que, generalmente las mujeres tienen menos éxito para dejar de fumar que los varones (Bohadana et al., 2003; Collins et al., 2004).

Otros cuestionan esta interpretación (Jarvis, 1984, 1994, 2013), argumentando en primer lugar, que las diferencias de sexo observadas en los ensayos clínicos pueden atribuirse a las diferencias entre varones y mujeres que buscan ayuda y, por lo tanto, no necesariamente son generalizables a la población general de personas fumadoras; en segundo lugar, en el uso del cigarrillo se introduce un sesgo de género, ya que no tiene en cuenta el uso continuo de los puros, pipas y otros productos de tabaco, que se observan normalmente en los varones pero no en las mujeres.

Los análisis de las diferencias de género en el abandono del tabaco en el Reino Unido, EEUU y Canadá, que ajustan la ratio de dejar de fumar cigarrillos, pipas y puros en personas ex fumadoras de cigarrillos y por edad, no han encontrado

evidencia clara en las diferencias de sexo en la cesación de tabaco (Jarvis, 1984, 1994, 2013). De hecho, se observan diferencias por edad: las mujeres tendieron a ser más propensas que los varones a dejar de fumar en edades tempranas de la adultez, mientras que en mayores de 50 años, las ratios más altas de cesación se observaron en varones (Surgeon General, 1990).

Es posible que las diferencias que se encuentran se deban a que los distintos países pueden presentar diferentes patrones y que dichos patrones de dejar de fumar entre mujeres y varones cambien o evolucionen con el tiempo (Wu et al., 2015).

Por ello, para el presente trabajo nos planteamos los siguientes objetivos:

1. Analizar las diferencias por sexos y los factores que influyen en la cesación en una población en donde están controladas un alto número de variables.

2. Analizar los posibles factores pronósticos -positivos y negativos- de cesación en varones y mujeres que puedan justificar las diferencias –o semejanzas- que se encuentren.

III. MÉTODOS

1. POBLACIÓN DEL ESTUDIO

En este estudio se han incluido a todos los pacientes atendidos en la Unidad de Deshabituación Tabáquica (UDESTA) desde su inicio en 2006 hasta el 30 de abril de 2014. Se ha excluido a las mujeres embarazadas, lo que implica un total de 3.774 personas fumadoras.

La UDESTA, ubicada en Santander en el Centro de Salud Vargas, es la Unidad Especializada del Servicio Cántabro de Salud para el tratamiento de aquellas personas fumadoras que no hayan podido deshabituarse en otros recursos del Sistema, como Atención Primaria u Hospitalaria. En ella trabajan profesionales de la medicina y la psicología.

De acuerdo a los criterios establecidos se puede derivar desde Atención Primaria y/o Hospitalaria a la UDESTA a:

1. Los pacientes que, habiendo hecho **intentos serios de abandono**, no hayan podido superar su dependencia. Se entiende por intento serio aquel que haya sido supervisado por personal de Atención Primaria y/o Hospitalaria, esté debidamente documentado en la Historia Clínica del paciente y haya constado de al menos 2 sesiones por intento (preparación y seguimiento). Se precisa un mínimo de dos intentos en los últimos 3 años antes de poder ser admitido en la UDESTA, siempre y cuando no existan otros condicionantes de los otros apartados de derivación.

2. Las mujeres **embarazadas o lactantes** que el personal de Atención Primaria y/o Hospitalaria considere necesario, atendiendo a las características de la paciente, como altamente dependientes, historia previa de recaídas, baja motivación o situaciones especiales que dificulten la deshabituación. Dadas sus características diferenciales y que han sido abordadas en otro estudio, este grupo de personas no han sido incluidas en este trabajo.

3. Los pacientes que tengan **problemas *"graves"* de salud** y que el personal de Atención Primaria y/o Hospitalaria considere que necesitan intervenciones más intensivas que las que ellos les pueden proporcionar. En este apartado se incluyen pacientes como aquellos con EPOC avanzado, cardiópatas severos, enfermos oncológicos y paciente de alto riesgo en general.

4. Los pacientes en tratamiento por **enfermedad psiquiátrica grave** que desde Atención Primaria y/o Hospitalaria se considere necesario, atendiendo a las especiales características del paciente. Se incluyen en este apartado: a) depresión moderada-severa, ansiedad, psicosis,…; b) otras dependencias (alcohol, opiáceos, cocaína…) u otros consumos actuales.

5. Aparte de estos pacientes, que se derivan porque se considera que necesitan intervenciones más intensivas o porque presentan factores no fácilmente abordables en el recurso de procedencia, pueden también ser admitidos en la UDESTA **profesionales de colectivos modélicos** (como sanitarios, docentes y personal que trabaja en la administración pública).

Cuando llega a la UDESTA un informe de derivación, se llama por teléfono al paciente, solicitándole algunos datos generales y concertándose una fecha para iniciar el tratamiento, habitualmente en las próximas 2-3 semanas.

2. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN

En la UDESTA se realizan intervenciones multicomponente, que combinan técnicas conductuales y tratamientos farmacológicos, ya que este tipo de intervenciones se han mostrado como las más eficaces para ayudar a los pacientes a conseguir la cesación tabáquica.

VISITA INICIAL O BASAL. En la primera entrevista se pasa a los pacientes diversos cuestionarios y se analiza su motivación para dejar de fumar y sus expectativas sobre el proceso, realizándose una historia clínica general y otra específica de

consumo de tabaco, con análisis de recaídas y de antecedentes y consecuentes de la conducta de fumar.

Durante esta entrevista inicial se les explica cómo es, en líneas generales, el protocolo de intervención y se les ofrecen las posibilidades de tratamiento farmacológico y, según la fecha del año, la posibilidad de tratamiento individual o en grupo; esta última opción se oferta en los meses de enero, abril y septiembre.

SESIONES DE PREPARACIÓN. Tras la entrevista basal, los pacientes acuden a una o dos sesiones de preparación antes del día D (día en el que dejan de fumar). En ellas se procura fomentar la motivación, la autoeficacia, el compromiso, la obtención de apoyo social, la autoobservación y el autocontrol, ayudándoles a desarrollar estrategias de afrontamiento que les puedan ser útiles para los problemas más comunes que puedan surgir posteriormente. Se intenta que los pacientes analicen su situación, consoliden su decisión y organicen su propio proceso de abandono.

SESIONES DE MANTENIMIENTO. Después del día D los pacientes acuden en principio a otras cinco visitas (2, 6, 12, 18 y 26 semanas después de la cesación), pudiendo acudir a alguna otra intermedia si se considera que es conveniente para el paciente. En estas sesiones se abordan los diversos problemas, preocupaciones y mejoras que han ido surgiendo y si ha habido consumos puntuales; también se refuerzan las diversas estrategias de afrontamiento, autocontrol y prevención de recaídas, con el objetivo de ayudarles a mantenerse sin fumar, lo cual incluye la promoción de hábitos saludables y el abordaje de los posibles consumos. En todas las visitas el paciente es atendido por dos profesionales de la Unidad.

Del 6º al 12º mes las intervenciones presenciales se hacen a demanda del paciente. A los 12 meses se hace un seguimiento telefónico y, si persiste la abstinencia, se da el alta.

A lo largo de todo el proceso de cesación, los pacientes pueden llamar en horas de consulta a cualquiera de los profesionales de la Unidad para resolver sus dudas o manifestar sus dificultades o preocupaciones.

En todas las visitas, previas o posteriores a la cesación, se pesa a los pacientes y se realiza una cooximetría, prueba no invasiva en la que se mide el CO en aire espirado y que refleja el nivel de carboxihemoglobina en sangre. Sirve para determinar la abstinencia puntual (se considera que la persona no ha fumado recientemente si no supera el límite de 5-8 ppm).

3. HISTORIA CLÍNICA

En la visita basal se les hace una historia clínica a todos los pacientes, que aborda tanto aspectos médicos como psicológicos. En ella se registran:

1. Antecedentes personales y familiares: que permiten discriminar determinados factores de riesgo.

2. Entrevista clínica por aparatos: se analizan situaciones que hagan más urgente la cesación y se descartan posibles intervenciones o medicaciones incompatibles con su estado de salud; así mismo, se les monitoriza la presión arterial y se mide el peso y talla para calcular el índice de masa corporal y su posterior evolución.

3. Características del consumo: cuánto fuma, desde cuándo, a qué edad empezó a fumar, por qué empezó, por qué sigue fumando, si ha cambiado recientemente de marca y qué le aporta el consumo, variables cuyo conocimiento por parte del paciente y del profesional pueden facilitar el cambio de conducta que supone la cesación.

4. Intentos previos de cesación: cuándo fueron, qué tratamientos se emplearon, cómo se emplearon, durante cuánto tiempo los ha empleado y cuáles fueron las causas y los desencadenantes de las recaídas. Ésta es la parte más importante de la historia.

5. Visión del paciente del proceso de cesación: su motivación para el cambio, las razones por las que desea dejar de fumar y si considera que es un buen momento para hacerlo; así mismo, se les pide que valoren (en una escala del 0 al 10) la dificultad, posibilidad y apoyo familiar y del entorno que creen tener en el proceso de dejar de fumar.

6. Valoración de los síntomas de abstinencia nicotínica más frecuentes: nerviosismo, impaciencia, irritabilidad, ansiedad, dificultad de concentración, estreñimiento, cansancio, trastornos del sueño, aumento de apetito, irritación de garganta y tristeza, así como el *craving* (deseos intensos y urgentes de fumar), para discernir posteriormente hasta qué punto la presencia de estos síntomas se debe propiamente a la cesación; para ello se utiliza la escala de Abstinencia Nicotínica de Minnesota (Minnesota Nicotine Withdrawal Scale; Hughes & Hatsukami, 1986).

4. CUESTIONARIOS

Todas las anteriores actuaciones se complementan con diversos cuestionarios, que aportan más información y perspectiva del tipo de paciente que va a iniciar el tratamiento. Para ello se pasan test de dependencia, de estado anímico, de factores asociados al consumo, de predicción de cesación, etc.

4.1. ANÁLISIS DE LA DEPENDENCIA

La mejor manera de valorar la dependencia de un paciente es comprobar la existencia de recaídas previas y si los intentos de abandono dieron lugar a abstinencias prolongadas. Diversas pruebas objetivas de valoración de dicha dependencia pueden ser orientativas.

4.1.1. TEST DSM-IV

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª ed. (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994) fue desarrollado por la Asociación Americana de Psiquiatría. Proporciona un sistema de clasificación estandarizado para el diagnóstico de los trastornos de salud mental para niños y adultos. Desde mayo de 2013 ha sido actualizado por el DSM-V (APA, 2013). Considera la dependencia a nicotina dentro de los trastornos por uso de sustancias. Su presencia se diagnostica cuando existen 3 o más respuestas positivas, en cualquier momento de un periodo de 12 meses, a las 7 preguntas que componen el test. Este test no ha sido validado.

1. *¿Suele sentir nauseas o mareos cuando fuma varios cigarrillos?* Adaptación de Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado; b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

2. *¿Se ha encontrado físicamente mal cuando ha estado bastantes horas o un par de días sin fumar?* Adaptación de Abstinencia (Withdrawal, retirada), definida por cualquiera de los siguientes ítems: a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia; b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

3. *¿Fuma más de lo que desearía?* Adaptación de *"La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía"*.

4. *¿Ha intentado sin éxito disminuir su consumo de cigarrillos?* Adaptación de *"Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia"*.

5. *¿Dedica mucho tiempo del día a fumar?* Adaptación de *"Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención (p. ej., visitar a varios médicos o*

desplazarse largas distancias), el consumo (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia".

6. *¿Se ha ido antes de alguna reunión o actividad -o incluso no ha asistido a ella- porque no se podía fumar?* Adaptación de *"Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia".*

7. *¿Cree que el tabaco le está ocasionando algún trastorno en su salud?* Adaptación de *"Si continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia".*

4.1.2. TEST DE FAGERSTRÖM (FTND)

Este cuestionario fue diseñado para la evaluación de la dependencia nicotínica relacionada con el consumo de cigarrillos. La versión original, Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ) (Fagerström, 1978) contenía 8 ítems; con posterioridad, el propio autor (Heatherton et al., 1991) propuso la supresión de 2 ítems (cantidad de nicotina que contiene sus cigarrillos y si el paciente se traga o no el humo), ya que no encontraron una relación adecuada con las medidas bioquímicas y contribuían a las deficientes propiedades psicométricas del cuestionario. De este modo nació el *Fagerström Test for Nicotine Dependence* (FTND), cuestionario de 6 ítems que analiza la cantidad de cigarrillos consumidos, la compulsión por fumar y la dependencia nicotínica, y que es el que se emplea en la actualidad.

Aunque imperfecta, este test aporta una medida de la dificultad para dejar de fumar, algo necesario en los estudios clínicos para poder comparar mínimamente las poblaciones.

La puntuación total oscila de 0 a 10 puntos. Es un test sencillo y de validez contrastada. En ocasiones, se usan simplemente las dos primeras preguntas del test. Las seis preguntas que componen el test son:

Test de Fagerström (FTND)

1.¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	
10 o menos	0 puntos
11 a 20	1 punto
21 a 30	2 puntos
31 o más	3 puntos
2. ¿Cuánto tiempo transcurre desde que se levanta hasta que fuma el primero?	
Menos de 5 minutos	3 puntos
De 6 a 30 minutos	2 puntos
De 31 a 60 minutos	1 punto
Más de 60 minutos	0 puntos
3.Después de fumar el primer cigarrillo del día, ¿fuma rápidamente algunos más?	
4.¿Encuentra dificultad para no fumar en lugares donde está prohibido hacerlo?	
5.¿Fuma cuando no se encuentra bien o cuando está enfermo en la cama?	
6.De todos los cigarrillos que fuma a lo largo del día, ¿cuál es el que más necesita?	
El primero del día	1 punto
Otro	0 puntos

Este test es objetivable y muy fácil de usar, aunque la evidencia muestra que no debe condicionar qué pautas terapéuticas deben emplearse. Desde el punto de vista terapéutico, su principal problema es que presenta bastantes falsos positivos y, lo que es más grave, falsos negativos: puntuaciones altas en el test de Fagerström indican un alto grado de dependencia; por el contrario puntuaciones bajas no necesariamente indican un bajo grado de dependencia; puntuaciones de 5-7 en el test de Fagerström son compatibles con ausencia total de dependencia. Más que referirse a *"dependencia alta"* (7 o más habitualmente) o *"dependencia baja"* (3 o menos habitualmente) debería decirse *"dependencia alta -o baja- según el test de Fargerström"*.

El Fagerström es un test que mide dependencia. Aunque algunas personas, conscientes de las limitaciones del test, refieran de manera totalmente imprecisa que mide dependencia física, lo que mide realmente es dependencia. Becoña y Vázquez (1998) han validado este instrumento en nuestro país.

4.2. VALORACIÓN DEL ESTADO ANÍMICO

Dos de los cuestionarios empleados pueden considerarse como medidores del estado anímico: el cuestionario de Goldberg y la escala de estrés percibido.

4.2.1. CUESTIONARIO DE GOLDBERG

El cuestionario de Goldberg, o EADG en la versión española (Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg; Goldberg et al., 1988), fue desarrollado por este autor a partir de una escala previa también suya (Goldberg et al., 1987), con la finalidad de lograr una entrevista de corta duración para ser utilizada por médicos no psiquiatras como instrumento de cribado de trastornos depresivos y de ansiedad. La versión en castellano ha sido validada por Montón y cols. (1993).

Consta de dos escalas, una de ansiedad y otra de *depresión, con 9 ítems cada una, todos ellos de respuesta dicotómica (Sí/No); se da una puntuación independiente para cada escala, con un punto para cada respuesta afirmativa. No se puntúan los síntomas que duren menos de dos semanas o que sean de leve intensidad.*

Cada una de las subescalas se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (≥2 en la subescala de ansiedad, ≥1 en la subescala de depresión).

Los puntos de corte en las puntuaciones totales sugerentes de probable patología son 4 para la escala de ansiedad, y 2 para la de depresión.

Subescala DEPRESIÓN	***Subescala ANSIEDAD***
1. *¿Se ha sentido con poca energía?*	1. *¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?*
2. *¿Ha perdido usted su interés por las cosas?*	2. *¿Ha estado muy preocupado por algo?*
3. *¿Ha perdido la confianza en sí mismo?*	3. *¿Se ha sentido muy irritable?*
4. *¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?*	4. *¿Ha tenido dificultad para relajarse?*
5. *¿Ha tenido dificultades para concentrarse?*	5. *¿Ha dormido mal?*
6. *¿Ha perdido peso?* (a causa de su falta de apetito)	6. *¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?*
7. *¿Se ha estado despertando demasiado temprano?*	7. *¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?*
8. *¿Se ha sentido usted enlentecido?*	8. *¿Ha estado preocupado por su salud?*
9. *¿Cree que, en general, se ha encontrado peor por las mañanas?*	9. *¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño?*
	9. *¿Cree que, en general, se ha encontrado peor por las mañanas*

4.2.2. ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO

La escala proporciona una medida global de estrés percibido en el último mes. Su versión original (Cohen et al., 1983) tenía 14 ítems. Posteriormente se han estudiado dos versiones reducidas, una de ellas con 10 ítems, que es la que se utiliza en la Unidad, y la otra con sólo 4 (Cohen & Williamson, 1988), todos ellos componentes de la escala completa. Sus ítems interrogan sobre el grado en que las personas sienten que ejercen control sobre las situaciones impredecibles o inesperadas, o si, por el contrario, las sienten como incontrolables y por ello experimentan un estrés que se traduce en malestar. En diversos estudios se ha explorado la estructura factorial de la escala en sus tres versiones, encontrándose consistentemente que los ítems favorables al control se agrupan en un factor,

mientras que los que denotan pérdida de control lo hacen en otro factor separado (González-Ramírez & Landero, 2006). Sin embargo en muchos casos el uso de criterios más restrictivos obliga a considerar la unidimensionalidad de la escala, que es lo que se ve en algunos estudios, en los que la aplicación del coeficiente *theta de Carmine* prueba que los ítems representan sólo una escala (Roberti et al., 2006). En todo caso, los trabajos que aplican cualquier versión del cuestionario tienden a asumir su unidimensionalidad, considerando que mide simplemente estrés percibido. Los pacientes han de valorar en una escala del 0 (nunca) al 4 (muy a menudo) lo que se les formula:

¿Con qué frecuencia en el último mes…

1. Ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?
2. Se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?
3. Se ha sentido nervioso y "estresado"?
4. Ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?
5. Ha sentido que las cosas le van bien?
6. Ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?
7. Ha podido controlar las dificultades de su vida?
8. Se ha sentido con el control de todo?
9. Se ha enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?
10. Ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?

4.3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES Y CONSECUENTES DEL CONSUMO

Se denominan antecedentes del consumo a aquellos estímulos o circunstancias que se asocian con la conducta de fumar; se denominan consecuentes del consumo a las consecuencias de la conducta de fumar, lo que hace relación a su funcionalidad, a su valor instrumental. Pueden analizarse mediante cuestionarios o mediante preguntas aisladas.

4.3.1. TEST DE RUSSELL

El test de Russell fue originalmente desarrollado por Russell, Peto y Patel (1974) y constaba de 34 ítems. Posteriormente modificado por West y Russell (1985) que lo dejaron en los actuales 24 ítems. Es un test que intenta medir las razones por las que se fuma, *Reasons for smoking scales* (Horn & Waingrow, 1966; Ikard et al., 1969; Shiffman, 1993). Consta de 24 afirmaciones a las que debe responderse de manera cerrada en qué medida cada afirmación se corresponde con lo que le ocurre al paciente: 0 No le sucede; 1 Le sucede un poco; 2 Le sucede bastante; 3 Le sucede mucho.

01.-Siento un gran deseo de fumar cuando tengo que parar cualquier actividad por un momento	0	1	2	3
02.-Enciendo un cigarrillo sin darme cuenta de que tengo otro encendido	0	1	2	3
03.-Me gusta fumar sobre todo cuando estoy descansando tranquilamente	0	1	2	3
04.-Obtengo un placer fumando sea cuando sea	0	1	2	3
05.-Tener un cigarrillo en los dedos es parte del placer que da fumar	0	1	2	3
06.-Pienso que mejoro mi aspecto con un cigarrillo entre los dedos	0	1	2	3
07.-Fumo más cuando estoy preocupado por algo	0	1	2	3
08.-Me siento más estimulado y alerta cuando fumo	0	1	2	3
09.-Fumo automáticamente a pesar de estar atento	0	1	2	3
10.-Fumo para tener algo que hacer con las manos	0	1	2	3
11.-Cuando me quedo sin cigarrillos me es casi insoportable hasta que vuelvo a tenerlos	0	1	2	3
12.-Cuando me siento infeliz fumo más	0	1	2	3
13.-Fumar me ayuda a aguantar cuando estoy muy cansado	0	1	2	3
14.-Me resulta difícil estar una hora sin fumar	0	1	2	3
15.-Me encuentro a mi mismo fumando sin recordar haber encendido el cigarrillo	0	1	2	3
16.-Cuando estoy cómodo y relajado es cuando más deseo fumar	0	1	2	3
17.-Fumar me ayuda a pensar y a relajarme	0	1	2	3
18.-Tengo muchas ganas de fumar cuando no he fumado durante un rato	0	1	2	3

19.-Me siento más maduro y sofisticado cuando fumo	0	1	2	3
20.-Cuando no estoy fumando soy muy consciente de ello	0	1	2	3
21.-Me resulta muy difícil estar una semana sin fumar	0	1	2	3
22.-Fumo para tener algo que ponerme en la boca	0	1	2	3
23.- Me siento más atractivo frente a personas del sexo contrario cuando fumo	0	1	2	3
24.-Enciendo un cigarrillo cuando estoy enfadado	0	1	2	3

El análisis factorial muestra que este test presenta 7 componentes: 1) Imagen social que la persona fumadora cree que obtiene a través del uso de productos del tabaco (que se corresponde con las preguntas 6, 19 y 23); 2) Actividad boca-mano (manipulación, importancia de tener algo entre las manos; preguntas 5, 10 y 22); 3) Indulgencia (fumar por placer; preguntas 3, 4 y 16); 4) Sedación (asociación con estados de ánimo negativos; preguntas 7, 12 y 24); 5) Estimulación (fumar para activarse o estimularse; preguntas 8, 13 y 17); 6) Automatismo (hasta qué punto es automática la conducta; preguntas 2, 9 y 15); y 7) Adicción (preguntas 11, 18 y 20). Los tres primeros son menos farmacológicos que el resto.

Cada uno de estos componentes está formado por 3 preguntas: una puntuación de 6 ó más en un componente sugiere que ese componente presenta importancia en la conducta fumadora de esa persona. La suma de los componentes Adicción, Automatismo y de las preguntas 1, 14 y 21 aportan una valoración de "*Dependencia global*" (máximo 27 puntos).

Es un test que puede resultar útil, aunque presenta los inconvenientes de no definir propiamente "*adicción*" y "*dependencia global*" y de no tener en cuenta diversos aspectos potencialmente relacionados con la conducta de fumar, como son los componentes de sociabilidad del consumo o su asociación con la preocupación por la ganancia ponderal.

4.3.2. OTRAS PREGUNTAS DE ANTECEDENTES Y CONSECUENTES

Para intentar solventar o paliar las carencias del test de Russell, en la Unidad se formulan adicionalmente una serie de preguntas -obtenidas de diversas fuentes- con la misma estructura del test de Russell. Pese a que llevan una numeración correlativa a las preguntas del test de Russell, cada pregunta se valora independientemente y no forman un cuestionario en sí, aunque es evidente que algunas de ellas se relacionan entre sí. Intentan medir la asociación con la preocupación por el peso o el posible valor instrumental para controlarlo, los ítems 31 y 47; la asociación con diversas actividades cotidianas, los ítems 26, 28, 30, 33, 35, 48 y 50; el uso para la interrelación personal, los ítems 25, 29, 39 y 46. Los factores sensoriales asociados al consumo son explorados por las preguntas 27, 34, 41 y 42. La posible asociación con estados de ánimo negativos se plantea en los ítems 32, 36, 38 y 49. Los ítems 37, 40, 43, 44 y 45 analizan cuestiones relacionadas con la percepción de dependencia.

25.-Me es más fácil relacionarme con otras personas cuando fumo	0	1	2	3
26.-Me gusta fumar cuando estoy ocupado y trabajo fuerte	0	1	2	3
27.-Parte del placer de fumar es encender un cigarrillo	0	1	2	3
28.-Enciendo un cigarrillo cuando hablo por teléfono	0	1	2	3
29.-Me gusta ofrecer cigarrillos como una forma de hacer amigos	0	1	2	3
30.-Suelo fumar cuando tomo alguna bebida alcohólica	0	1	2	3
31.-Fumo para mantener mi peso bajo	0	1	2	3
32.-Cuando estoy con otra gente me siento más seguro si fumo	0	1	2	3
33.-Después de las comidas es cuando más me gusta fumar	0	1	2	3
34.-Fumo porque me gusta mucho el olor a tabaco	0	1	2	3
35.-Normalmente fumo cuando tomo café	0	1	2	3
36.-Fumo más cuando estoy apurado y tengo mucho que hacer	0	1	2	3
37.-Suelo tener mucho cuidado que no se me acaben los cigarrillos	0	1	2	3

38-Fumo para calmar mis nervios	0	1	2	3
39.-Fumo más cuando estoy con otra gente	0	1	2	3
40.-Fumar es muy importante para mi	0	1	2	3
41.-Juego y manipulo el paquete de tabaco como parte del ritualdel hábito de fumar	0	1	2	3
42.-Ocupo mis manos y dedos para evitar fumar	0	1	2	3
43.-Me recompenso a mí mismo con un cigarrillo tras cumplir una tarea	0	1	2	3
44.-Me angustio si me quedo sin cigarrillos o no consigo encontrar el paquete de tabaco	0	1	2	3
45.-Cuando no tengo tabaco me resulta difícil concentrarme y realizar cualquier tarea	0	1	2	3
46.-Enciendo un cigarrillo si mis amigos lo hacen	0	1	2	3
47- Fumo para engañar el hambre	0	1	2	3
48-Fumo más cuando conduzco	0	1	2	3
49.-Fumar me hace compañía	0	1	2	3
50.-Cuando estoy sólo en un restaurante, parada de autobús, fiesta, etc., me siento más seguro, a salvo o más confiado con un cigarrillo en las manos	0	1	2	3

4.3.3. ESCALA DE AUTO-EFICACIA DE BAER-LICHTENSTEIN

La autoeficacia se define como el nivel de confianza de un individuo en su capacidad para realizar una conducta determinada (Bandura, 1977). Esta escala analiza el grado de confianza que tiene la persona fumadora de estar sin fumar ante distintas situaciones, la capacidad de resistencia que cree va a tener una vez que ha dejado de fumar.

Al análisis de la asociación objetiva con el consumo (realizado en los dos cuestionarios anteriores), este test añade la percepción subjetiva de control que el paciente cree tener en las diversas situaciones (Baer y Lichtenstein, 1988). Se considera que la percepción de autoeficacia tiene un papel importante en la predicción de abstinencia o no abstinencia, de la futura conducta del paciente que ha hecho un intento para la cesación.

El cuestionario consta de 14 preguntas independientes en las que el paciente valora de 0 a 100% su capacidad de resistencia. El análisis no requiere de interpretación; simplemente se utiliza para que el paciente sea capaz de conocer, reconocer y afrontar aquellas situaciones en las que puede ser más vulnerable.

Las preguntas 1, 4, 6 y 8 aportan información sobre la capacidad percibida de resistencia ante situaciones con estados de ánimo negativo; las preguntas 2 y 3 recogen las situaciones asociadas con placer y relax; las preguntas 5, 7 y 13 analizan la importancia del consumo en la autoimagen; las preguntas 9, 10 y 11 abordan la sociabilidad y, por último, las preguntas 12 y 14 valoran la importancia de fumar para controlar el peso o no engordar.

	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
1. Si me sintiera ansioso	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
2. Si quisiera sentarme cómodamente y disfrutar un cigarrillo	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
3. Si termino una comida o tentempié	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
4. Si me sintiera nervioso	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
5. Si quisiera sentirme más atractivo	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
6. Si quisiera relajarme	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
7. Si pensara que fumar es parte de mi autoimagen	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
8. Si me sintiera tenso	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
9. Si estuviera bebiendo una bebida alcohólica	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10. Si viera a otros fumando	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
11. Si alguien me ofreciera un cigarrillo	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
12. Si quisiera evitar comer algo dulce	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
13. Si quisiera sentirme más maduro y sofisticado	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
14. Si pensara que esto me ayudaría a mantener el peso	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

4.4. OTROS TESTS

La mejor manera de valorar la dependencia de un paciente es comprobar la existencia de recaídas previas y si los intentos de abandono dieron lugar a abstinencias prolongadas. Diversas pruebas objetivas de valoración de dicha dependencia pueden ser orientativas.

4.4.1. CUESTIONES POTENCIALMENTE PREDICTIVAS

El conjunto heterogéneo de cuestiones abordadas en esta batería de preguntas hacen relación bien a potenciales beneficios que se piensan obtener con la cesación tabáquica (preguntas 6, 7, 13 y 15), bien a distintas circunstancias familiares o personales (preguntas 3, 4, 8, 12 y 14), bien a distintas características de la personalidad o de estilos de vida (preguntas 5, 9, 10 y 11), así como las causas que propician el intento de cesación (pregunta 1) y la experiencia de cesación previa (pregunta 2).

1. Vengo a la consulta *a) espontáneamente* *b) por indicación médica* *c) por presión de mi familia*		
2. Anteriormente, ya he dejado de fumar más de una semana	V	F
3. Actualmente, no tengo problemas en el trabajo	V	F
4. Actualmente, no tengo problemas en el plano familiar	V	F
5. Hago deporte o tengo intención de hacerlo	V	F
6. Voy a estar en mejor forma física	V	F
7. Voy a cuidar mi aspecto físico	V	F
8. Estoy embarazada (o mi pareja lo está)	V	F
9. Tengo costumbre de lograr lo que emprendo	V	F

10. Soy más bien de temperamento tranquilo	V	F
11. Mi peso es habitualmente estable	V	F
12. Estoy con buena moral actualmente	V	F
13. Quiero librarme de esta dependencia	V	F
14. Tengo hijos de corta edad	V	F
15. Voy a acceder a una mayor calidad de vida	V	F

4.4.2. DETERMINACIÓN DEL LOCUS DE CONTROL

El Locus de Control es un rasgo de personalidad propuesto a partir de la teoría del aprendizaje social (Rotter & Murly, 1965), posteriormente redefinido por Rotter (1965). Se define como el grado en que un sujeto percibe el origen de eventos y de su propio comportamiento de manera interna o externa a él. Los extremos del locus de control son interno y externo:

- *Interno:* percepción de que los eventos ocurren principalmente como efecto de sus propias acciones; es decir, la percepción que ellas mismas controlan sus vidas. Así, estas personas valoran positivamente el esfuerzo y la habilidad personal.

-Externo: percepción de que los eventos ocurren por el azar, el destino, la suerte o el poder y decisiones de otros; es decir, es la percepción de que los eventos no tienen relación con la propia determinación, de que no pueden ser controlados por el propio esfuerzo y dedicación.

El cuestionario que se emplea en la Unidad fue desarrollado por Wallston et al. en 1976. Cada una de las preguntas debe ser valorada por el paciente de 1 a 6 en una escala en que 1 implica gran desacuerdo y 6 gran acuerdo. Seis de las preguntas hacen más relación a un locus de control externo (y se invierten en el análisis) y 5 a un locus de control más interno. Puntuaciones más altas indican, por tanto, un

mayor locus de control interno y se asocian con un mayor grado de atribución de la salud por parte del individuo a los cuidados personales y causas directamente relacionadas con el propio sujeto (Wallston & Wallston, 1978).

1. Si me cuido puedo prevenir las enfermedades	1	2	3	4	5	6
2. Cuando me pongo enfermo es por algo que he hecho o que he dejado de hacer	1	2	3	4	5	6
3. Tener buena salud es en gran parte cuestión de suerte	1	2	3	4	5	6
4. Independientemente de lo que hagas si te vas a poner enfermo te pones enfermo	1	2	3	4	5	6
5. La mayor parte de la gente no es consciente de hasta qué grado sus enfermedades dependen de hechos casuales	1	2	3	4	5	6
6. Sólo puedo hacer lo que el médico me dice que haga	1	2	3	4	5	6
7. Hay tantas enfermedades extrañas por ahí que uno nunca sabe cuándo puede coger una	1	2	3	4	5	6
8. Cuando me encuentro mal es porque no he hecho el suficiente ejercicio o no he comido bien	1	2	3	4	5	6
9. La gente que nunca enferma es simplemente porque tiene buena suerte	1	2	3	4	5	6
10. La mala salud de la gente suele resultar de su falta de cuidado	1	2	3	4	5	6
11. Soy directamente responsable de mi salud	1	2	3	4	5	6

5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo utilizando el paquete estadístico SPSS v.15.

Para las variables cuantitativas se realizó un análisis descriptivo basado en la media y la desviación estándar, que son los parámetros que se muestran a lo largo del apartado Resultados. Si las muestras seguían una distribución normal y las varianzas eran homogéneas se aplicaron tests paramétricos; en caso contrario se utilizaron test no paramétricos. Tras determinar si las poblaciones seguían una

distribución normal mediante la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov y la homogeneidad de las varianzas mediante la prueba de Levene, se compararon los valores medios de las variables cuantitativas entre dos grupos mediante la prueba paramétrica de t de Student para grupos independientes y si había más de dos grupos se utilizó un análisis de la varianza (ANOVA) con correcciones de Bonferroni y, si no seguían distribución normal, se aplicó la prueba de U de Mann-Whitney o la prueba H de Kruskal-Wallis respectivamente.

Para las variables categóricas se compararon las proporciones entre ambos grupos mediante pruebas chi-cuadrado para tablas de contingencia; en el caso de tablas 2x2 se utilizó el estadístico X2 con corrección de Yates y, cuando alguna frecuencia esperada fue menor o igual a 5, se aplicó la prueba exacta de Fisher. Como parámetro de asociación se empleó la *Odds Ratio*, que a lo largo del presente trabajo se muestra con los respectivos límites de confianza del 95%.

Se realizó un ajuste de modelos de regresión logística de tipo predictivo para estimar el efecto simultáneo del conjunto de nuestras variables independientes sobre la abstinencia del consumo de tabaco. Las variables independientes en este análisis de regresión logística binaria fueron aquellas que habían mostrado significación en el análisis univariante.

Todos los contrastes de hipótesis fueron bilaterales. En todas las pruebas estadísticas se consideraron valores *"significativos"* aquéllos cuyo nivel de confianza fue superior al 95%, es decir, un error alfa inferior a 0,05 ($p<0,05$).

Todas las tablas de este trabajo se representan siempre de la siguiente forma: Media±DE; las figuras: Media±LC95%; *Odds* Ratio: OR±LC95%.

IV. RESULTADOS

1. VARIABLES DEMOGRÁFICAS

1.1. SEXO

La figura 13 muestra la distribución por sexos de la muestra. Hay un total de 2.052 mujeres (54,4%) y 1.722 varones (45,6%) una vez eliminadas de la muestra a las mujeres embarazadas, ya que éstas fueron incluidas en un estudio anterior.

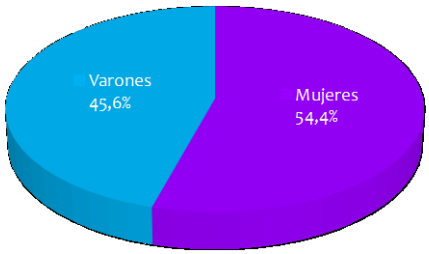


Figura 13. Distribución por sexos de la muestra

1.2. EDAD

La figura 14 muestra la distribución por edad y sexo de la muestra. La edad de los pacientes en el momento en que acuden a consulta comprende desde los 17 a los 80 años, siguiendo una distribución normal, en la que la moda está sobre los 50 años y la media en 47,8±11,5 años. La media de edades de 48,1±11,7 en los varonesy47,5±11,4en las mujeres, no apreciándose significación en la diferencia(p:0.105).

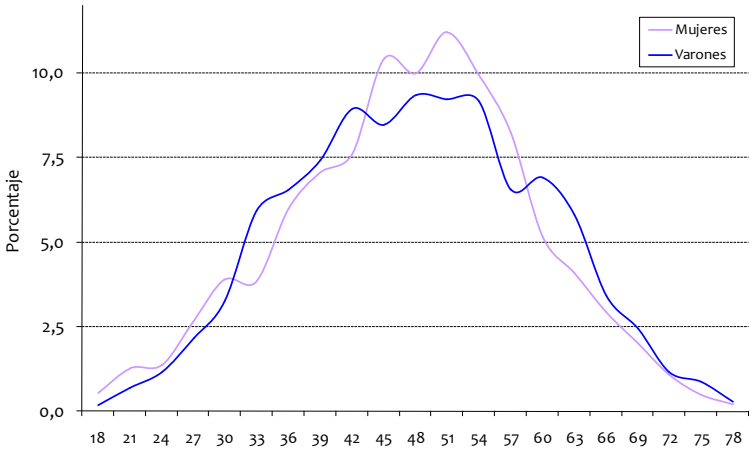


Figura 14. Distribución por edad y sexo de la muestra

1.3. MOTIVO DE DERIVACIÓN

Como ya se ha indicado en el apartado Métodos, aparte de embarazo, existen cuatro criterios principales por los que una persona puede ser derivada a la Unidad: 1) presencia de patología psiquiátrica; 2) varios intentos previos serios de cesación fallidos (recaídas); 3) presencia de patología orgánica severa y; 4) pertenencia a colectivos modélicos o familiares de pacientes que están siendo atendidos en la Unidad.

A quienes reunían varios de estos criterios, cara al análisis de datos se les ha clasificado priorizando los criterios en el orden señalado en el párrafo anterior. Así, toda persona con un diagnóstico psiquiátrico, aunque tuviera múltiples recaídas previas o patología orgánica, figura como *"psiquiátrica"*, etc. En *"otros"* se incluye a quienes perteneces a colectivos modélicos o son familiares y no presentan ninguno de los otros criterios de derivación.

La figura 15 muestra el motivo de derivación según sexo, en la que se observan diferencias (χ^2: 27,4; p:4,8x10-6). La causa más frecuente de derivación es la patología psiquiátrica con un 41,0% en mujeres frente al 35,2% de los varones. Por patología orgánica son derivados un 31,1% de los varones y un 25,3% de las mujeres. Por recaídas, un 21,9% de mujeres y un 24,5% de varones. En *"otros"* un 11,7% de mujeres y un 9,2% de varones.

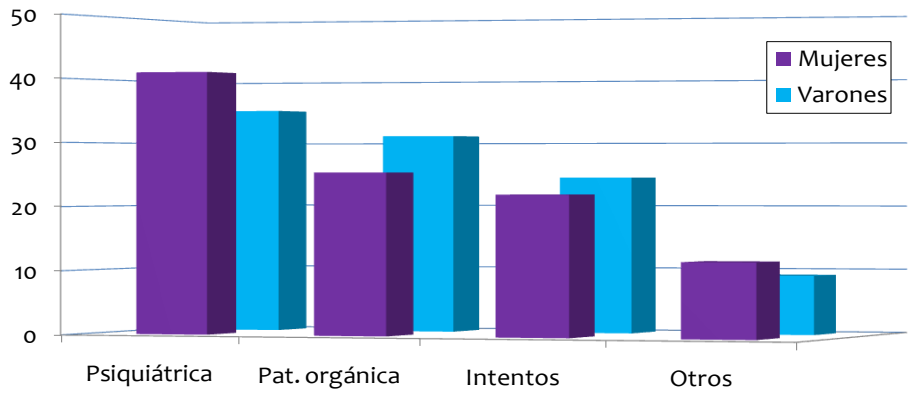


Figura 15. Motivo de derivación según sexo

Las siguientes tablas muestran las diferencias existentes entre varones y mujeres en las variables más relevantes del estudio.

Tabla 3. Variables generales en mujeres y varones (medias±DE; mismos parámetros en todas las tablas)

	Mujeres (2052)	**Varones** (1722)	p
Edad actual	**47,51** ± 11,37	48,12 ± 11,69	1,0E-01
N° de cig/d	**23,65** ± 10,49	**27,22** ± 13,17	**3,6E-20**
Edad inicio	**16,32** ± 4,49	**15,13** ± 3,66	**3,0E-18**
Edad diario	**18,57** ± 5,47	**17,14** ± 3,97	**1,5E-19**
Dificultad	**8,35** ± 1,96	**8,04** ± 2,13	**1,8E-06**
Posibilidad	**6,03** ± 2,98	**6,21** ± 2,94	**5,8E-02**
Apoyo	**8,20** ± 3,22	**8,52** ± 2,90	**1,8E-03**
N° intentos previos	**2,41** ± 2,23	**2,95** ± 2,87	**1,1E-10**
Meses desde el último intento	**31,62** ± 38,61	**28,95** ± 36,04	**2,9E-02**
Máx. días de abstinencia	**124,79** ± 144,88	121,45 ± 142,80	4,8E-01
Dispuesto a dejarlo próx. 6 meses	**0,99** ± 0,10	0,99 ± 0,10	8,9E-01
Dispuesto a dejarlo próximo mes	**0,95** ± 0,21	0,96 ± 0,20	4,8E-01
Dispuesto a fijar día D	**0,92** ± 0,27	0,93 ± 0,26	8,1E-01
Fagertröm total	**6,20** ± 2,31	6,31 ± 2,40	1,3E-01
Fagertröm abreviado (P.1 & P.2)	**3,77** ± 1,48	**4,00** ± 1,55	**4,0E-06**
DSM-IV	**4,21** ± 1,32	4,19 ± 1,28	5,4E-01
Consumo de THC	**0,02** ± 0,15	**0,06** ± 0,24	**6,7E-09**
Diagn. Psiquiátrico	**0,41** ± 0,49	**0,35** ± 0,48	**1,3E-04**

Tabla 4. Variables sobre el estado de ánimo en mujeres y varones

	Mujeres (2052)	**Varones** (1722)	p
Goldberg - Ansiedad Cribaje (1-4)	**2,21 ± 1,54**	**1,93 ± 1,59**	**4,7E-08**
Goldberg - Ansiedad Total (1-9)	**4,68 ± 2,67**	**4,15 ± 2,73**	**2,4E-09**
Goldberg - Depresión Cribaje (1-4)	**1,49 ± 1,41**	**1,26 ± 1,38**	**9,3E-07**
Goldberg - Depresión Total (1-9)	**3,08 ± 3,08**	**2,65 ± 2,49**	**1,3E-07**
Estrés negativo	**11,93 ± 5,81**	**10,37 ± 5,68**	**1,4E-16**
Estrés positivo	**10,09 ± 3,55**	**10,47 ± 3,75**	**1,5E-03**
Estrés total	**-1,84 ± 8,05**	**0,10 ± 8,18**	**3,3E-13**

Tabla 5. Variables relacionadas con el tratamiento en mujeres y varones

	Mujeres (2052)	**Varones** (1722)	p
Individual vs. Grupal	**0,81 ± 0,39**	**0,87 ± 0,34**	**5,5E-06**
Nº de sesiones	**4,39 ± 2,70**	**4,19 ± 2,61**	**1,7E-02**
Aceptar tratamiento	0,98 ± 0,15	0,98 ± 0,14	5,9E-01
Fármaco principal	3,04 ± 1,10	3,04 ± 1,09	9,8E-01
TSN - puntual	0,94 ± 0,23	0,95 ± 0,23	6,1E-01

Tabla 6. Variables relacionadas con estímulos antecedentes y consecuentes en mujeres y varones

	Mujeres (2052)	**Varones** (1722)	p
Imagen	**0,52 ± 1,36**	**0,63 ± 1,42**	**2,1E-02**
Manipulación	**3,35 ± 2,64**	**2,94 ± 2,61**	**1,4E-06**
Indulgencia	**5,89 ± 2,30**	**5,54 ± 2,37**	**5,9E-06**
Sedación	**7,15 ± 2,11**	**6,42 ± 2,32**	**1,2E-23**
Estimulación	3,75 ± 2,75	3,74 ± 2,69	9,2E-01
Adicción	**6,06 ± 2,15**	**5,82 ± 2,27**	**7,2E-04**
Automatismo	3,42 ± 2,53	3,36 ± 2,49	4,5E-01
Peso	**0,72 ± 0,94**	**0,44 ± 0,71**	**1,1E-23**
Autoeficacia Factor - Sedación	**30,20 ± 11,93**	**27,97 ± 12,41**	**3,6E-08**
Autoeficacia Factor - Imagen&Peso	**4,79 ± 7,60**	**3,38 ± 7,40**	**1,6E-08**
Autoeficacia Factor - Sociabilidad	**14,93 ± 10,78**	**16,02 ± 11,00**	**2,7E-03**
Predicción Factor 1	2,48 ± 0,76	2,48 ± 0,79	8,2E-01
Predicción Factor 2	**1,10 ± 1,24**	**1,26 ± 1,28**	**6,6E-05**
Predicción Factor 3	**3,51 ± 1,42**	**3,72 ± 1,35**	**5,0E-06**
Predicción Factor 4	**3,05 ± 1,42**	**3,57 ± 1,33**	**2,7E-30**
Predicción Factor 5	3,94 ± 0,39	3,94 ± 0,40	8,8E-01
Predicción Factor 6	0,52 ± 0,88	0,63 ± 0,93	**2,8E-04**
Locus de Control - Factor 1	**19,79 ± 6,43**	**18,96 ± 6,24**	**7,1E-05**
Locus de Control - Factor 2	**21,76 ± 4,70**	**22,83 ± 4,53**	**1,9E-12**
Locus de Control - Factor 3	**9,38 ± 3,79**	**10,40 ± 3,67**	**1,5E-16**

2. CESACIÓN

2.1. POR SEXO

La figura 16 muestra la evolución temporal a lo largo del año del porcentaje de abstinentes según sexo; se observa que no hay ni la más mínima diferencia en los diversos periodos en los que se midió la tasa de cesación entre varones y mujeres. La OR [y LC95%] de las mujeres respecto a los varones fue de 0,95 [0,83-1,09] (p:0,492).

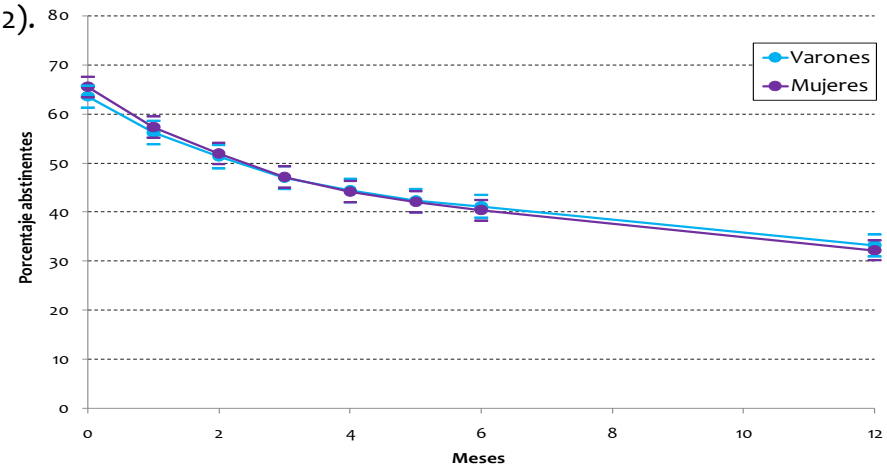


Figura 16. Curso temporal de la abstinencia según sexo(media y LC95%; mismos parámetros en todas las figuras)

Del mismo modo, no se observan diferencias en los porcentajes de recaídas en ninguno de los periodos analizados (tabla 7).

Tabla 7. Variables relacionadas con las cesaciones en mujeres y varones

	Mujeres (2052)	**Varones** (1722)	p
Están abstinentes el día D	65,55% ± 47,53%	63,59% ± 48,13%	2,1E-01
Recaen entre el día D y el 6° mes	28,46% ± 48,66%	35,25% ± 47,80%	1,0E-01
Llegan al 6° mes abstinentes	40,35% ± 49,07%	41,17% ± 49,23%	6,1E-01
Recaen entre el 6° y el 12° mes	20,29% ± 40,24%	19,32% ± 39,51%	6,4E-01
Recaen entre el día D y los 12 meses	50,93% ± 50,01%	47,76% ± 49,97%	1,2E-01
Abstinentes en el mes 12°	32,16% ± 46,72%	33,22% ± 47,11%	4,9E-01

2.2. POR EDAD

En las figura17se muestra las líneas de tendencia de la tasa de abstinencia al año según sexo y edad actual. En 5a) se recoge a toda la muestra; en 5b) recoge sólo a quienes consiguen estar al menos el día D abstinentes.

En la figura 17a) se ve cómo los menores de 30 años lo dejan menos, siendo algo mayor la abstinencia en mujeres. A partir de los 45, los varones tienden a dejarlo más. En cuanto a quienes al menos consiguen estar un día sin fumar - figura 17b)- se observa que lógicamente las tasas son mayores y se aprecian ligeras diferencias entre varones y mujeres: envarones la cesación se incrementa con la edad; en las mujeres se observa una cierta estabilidad en las edades medias (entre los 30 y los 60 años) siendo menores entre las edades de los extremos. En ambos sexos, los menores de 30 comienzan algo menos.

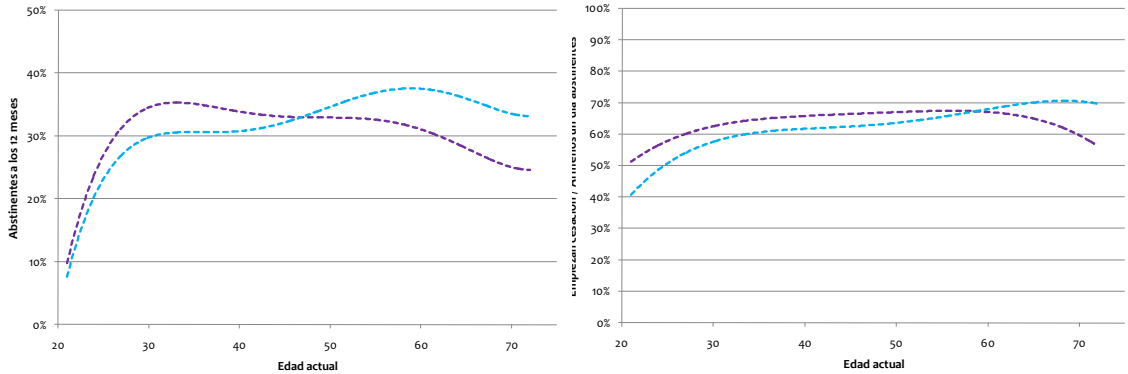


Figura 17. Tasas de abstinencia al año según sexo y edad actual: a) toda la muestra; b)quienes están abstinentes al menos el día D.

La figura 18 muestra el porcentaje de personas abstinentes según edad y sexo. Las mujeres que más dejan de fumar son las del grupo de edad intermedio (31-50 años) y las que menos las menores de 30 años; esto se observa tanto a los 6 meses de abstinencia como a los 12 meses. En los varones las diferencias son mayores, observándose un gradiente de edad: quienes más lo dejan son los de mayor edad (≥50 años) y quienes menos también los más jóvenes (≤30 años). La OR [y LC95%] de los menores de 30 años (n:281), de las chicas respecto a los chicos de dejarlo

fue de 1,14 (p: 0,641); la OR para los mayores de 30 años (n:3493) fue de 1,05 (p:0,468).

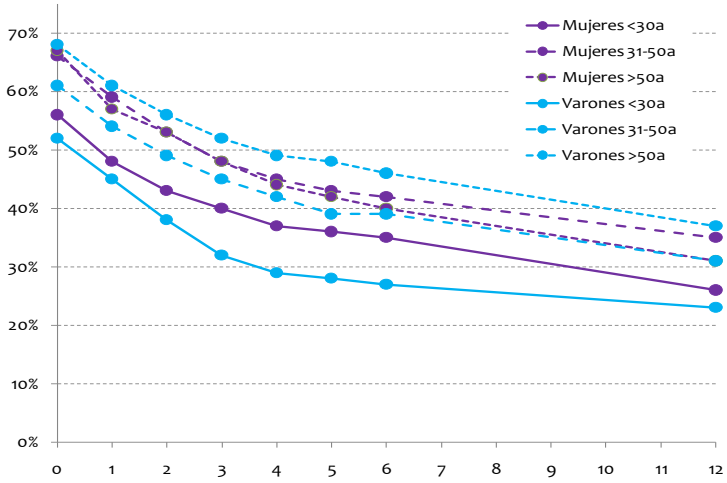
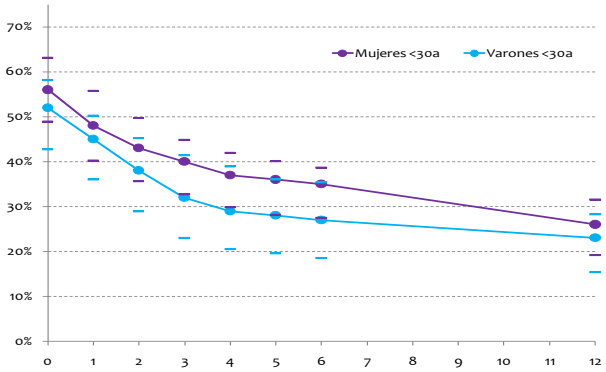
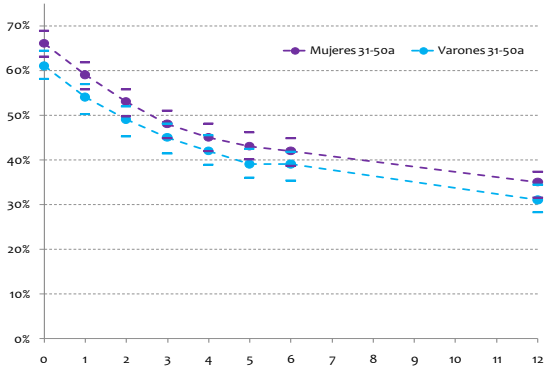


Figura 18. Abstinencia según sexo y edad.

Lafigura19 recoge esta misma evolución temporal por sexo y grupos de edad, comparando las edades homogéneas. La a) muestra las tasas de abstinencia de las personas más jóvenes (<30 años); la b) las del grupo de edad intermedio (31-50 años); y la c) las personas del grupo de mayor edad (> 50 años). Ninguna de las diferencias que se observan por sexos dentro de la misma edad es estadísticamente significativa, aunque se aprecia que los varones tienden a dejarlo más en el grupo de mayores de 50 años y las mujeres en los dos grupos de menor edad, el de ≤50 y el de ≤30.





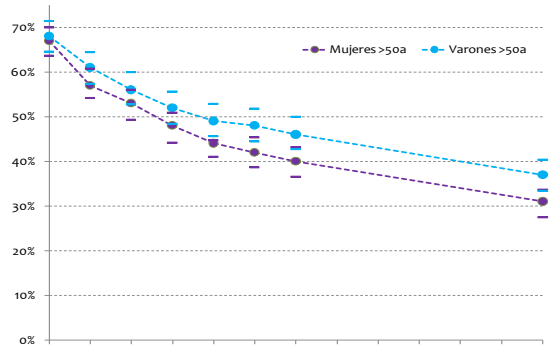


Figura 19. Evolución temporal de la abstinencia por grupos de edad: a) menores de 30;b) de 31 a 50 años; c) mayores de 50 años

Cuando se realiza este mismo análisis excluyendo del mismo a las personas que consumen tetrahidrocannabinol (THC), se observa cómo las cesaciones por edad se homogenizan: las pocas diferencias (no significativas) que había desaparecen y el grupo de edad más joven lo deja menos, independientemente de la edad.

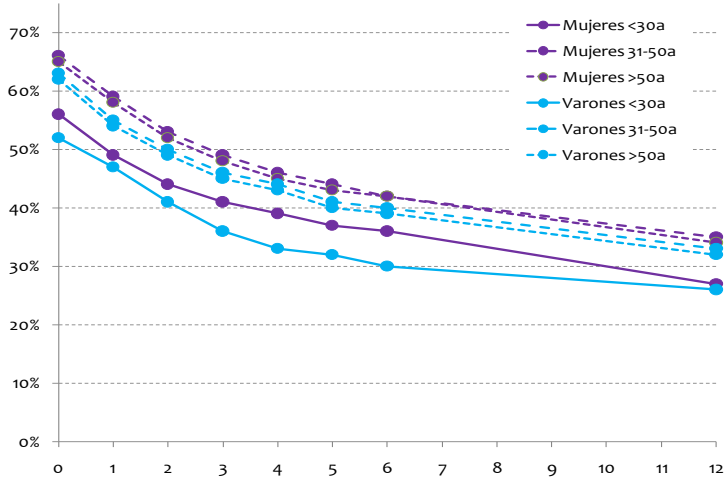


Figura 20. Evolución de la abstinencia según sexo y edad, excluyendo a los consumidores de THC

Como se ve más claramente en la figura 21 no existe ni la menor diferencia por sexos entre los mayores de 30 años ni tampoco entre los de edad igual o menor de 30 años a los doce meses; así mismo, ninguna de las diferencias en el curso temporal de los más jóvenes es significativa.

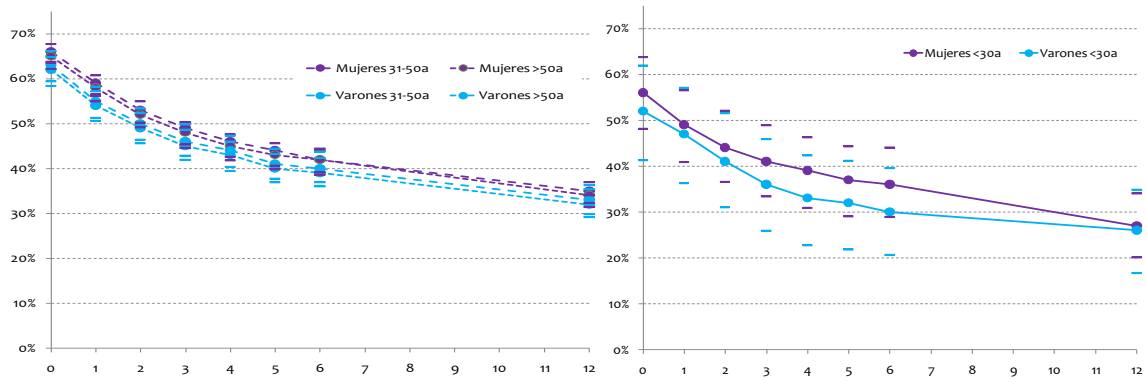


Figura 21. Evolución temporal de personas abstinentes según sexo y edad excluyendo a quienes consumen THC: a) 31-50 años & >50 años; b)< 30 años

2.3. POR DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO Y CONSUMO DE THC

La figura 22 muestra la evolución temporal de la abstinencia según sexo se tenga o no un diagnóstico de patología psiquiátrica y según se refiere consumir THC (independientemente de que tengan o no un diagnóstico psiquiátrico).Se observa cómo no hay diferencias entre varones y mujeres. Aunque se aprecian tres grupos en virtud de si tienen un diagnóstico psiquiátrico o de si consumen THC, no existen diferencias por sexos en ninguno de los tres grupos: en ausencia de patología psiquiátrica, están abstinentes a los 12 meses un 36,2% de las mujeres vs. un 37,8% de los varones; un 27,0% de mujeres y un 27,0% de varones que presentan un diagnóstico psiquiátrico lo dejan a los 12 meses; y en el grupo que consume THC, un 12,0% de mujeres y un 13,1% de varones están abstinentes al año.

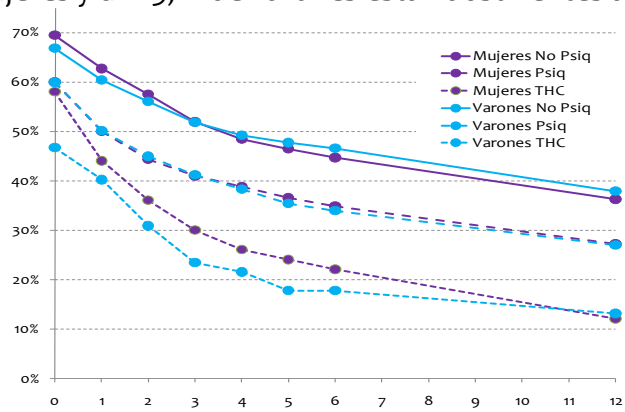


Figura 22. Evolución temporal de personas abstinentes según sexo, diagnóstico de patología psiquiátrica y consumo de THC

La figura 23 muestra estas mismas curvas agrupadas en los tres grupos con sus intervalos de confianza del 95%. Como se aprecia en las tres imágenes no hay diferencias significativas entre varones y mujeres en cesación a los doce meses ni en ninguno de los periodos de tiempo analizados.

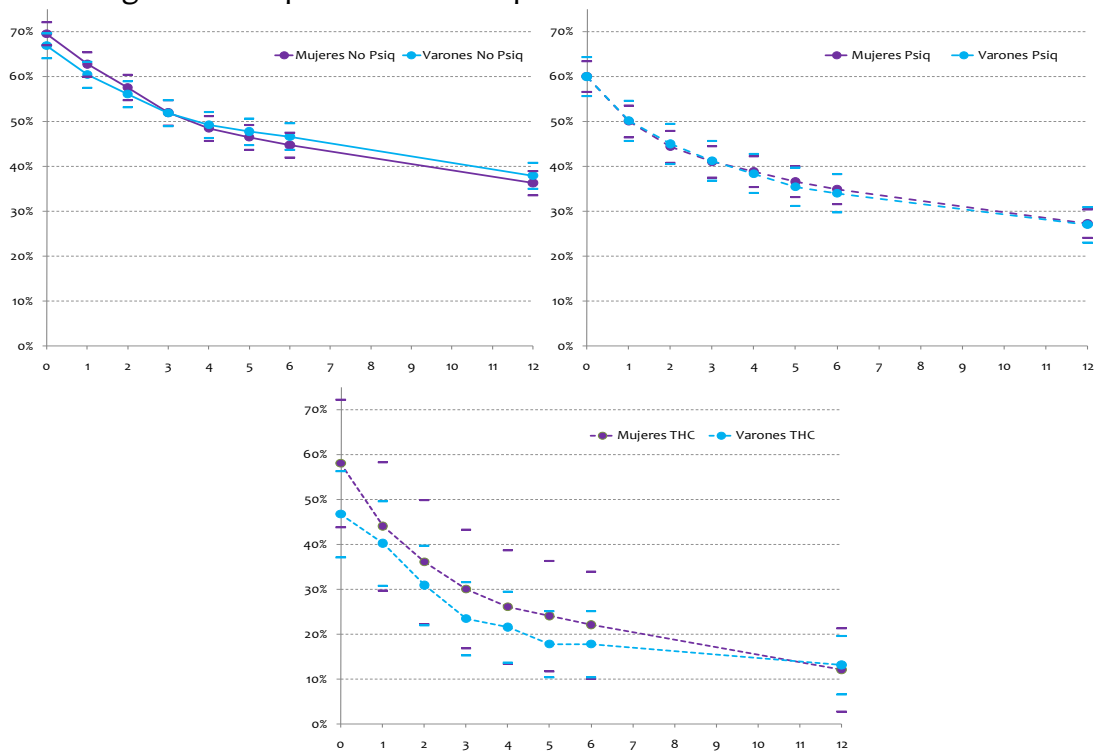


Figura 23. Evolución temporal de la abstinencia según sexo: a) sin diagnóstico de patología psiquiátrica, n:2344;b) con diagnóstico de patología psiquiátrica, n:1273;c) consumidores de THC, n:157

2.4. POR DEPENDENCIA SEGÚN EL TEST DE FAGERSTRÖM

La figura 24 muestra la evolución temporal de la abstinencia por sexos según las puntuaciones en el test de Fagerström (FTND). Se observa cómo la cesación es inversamente proporcional a las puntuaciones en el test de Fagerström y cómo, al igual que con las variables anteriores, apenas se notan diferencias en la cesación.

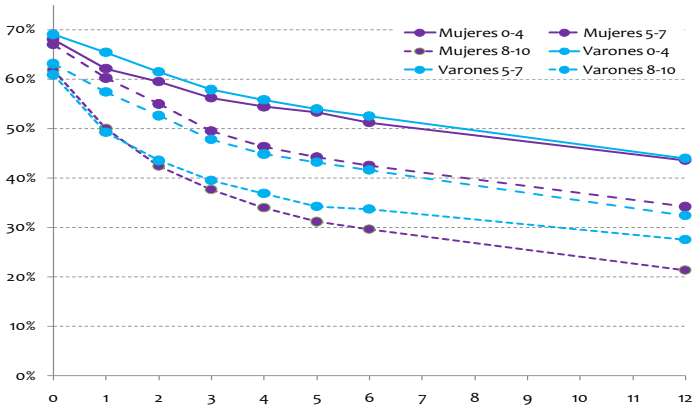
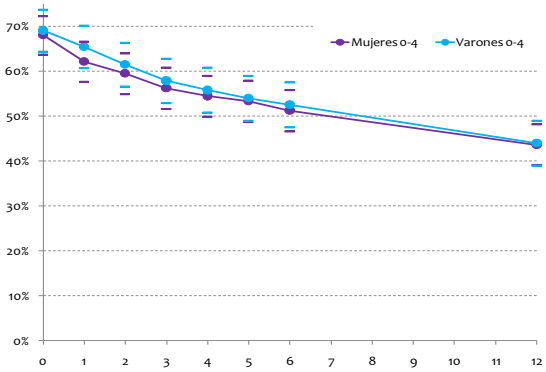
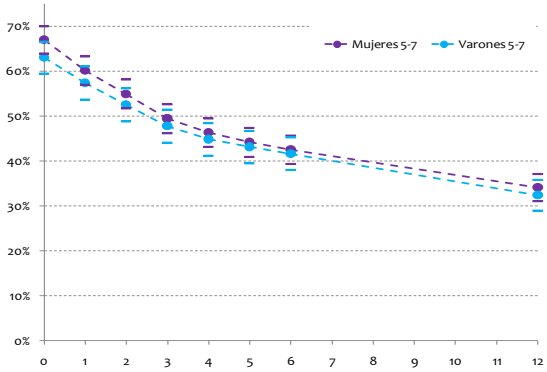


Figura 24. Evolución temporal de abstinentes según las puntuaciones de dependencia en el test de Fagerström según sexo

La figura 25 muestra la evolución temporal de la abstinencia por sexo y grupos de puntuación en el test de Fagerström con los intervalos de confianza del 95%. Puede observarse cómo no existe ninguna diferencia por sexos con las puntuaciones más bajas (0-4) y con las puntuaciones medias (5-7); sin embargo, en las puntuaciones más altas (8-10) se observa cómo a partir del tercer mes las curvas empiezan a divergir, alcanzándose una diferencia significativa a los 12 meses, en el que las tasas de cesación son 27,5% en los varones y 21,3% en las mujeres.





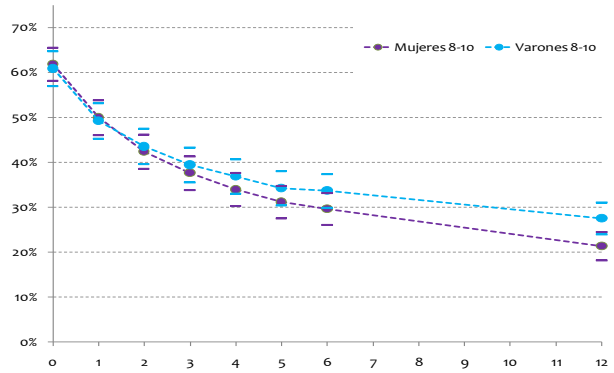


Figura 25. Evolución temporal de personas abstinentes según sexo y puntuación en el test de Fagerström: a) 0-4; b) 5-7; c)8-10

2.5. POR PUNTUACIONES EN LA SUBESCALA DE DEPRESIÓN DEL TEST DE GOLDBERG

La figura 26 muestra la evolución temporal de la abstinencia según sexo y puntuación en la subescala de depresión del test de Goldberg, agrupando los resultados en dos grupos, poniendo el punto de corte en donde se observan más diferencias en cesación a los doce meses en el total de la muestra. Se observa cómo no hay ni la menor diferencia entre varones y mujeres ni para la agrupación de resultados más bajos (0-1) ni para la de valores más altos (2-9). En ambos sexos se comprueba que las personas con mayores tasas de cesación a los doce meses son quienes tienen las puntuaciones más bajas en la subescala de depresión del test de Goldberg.

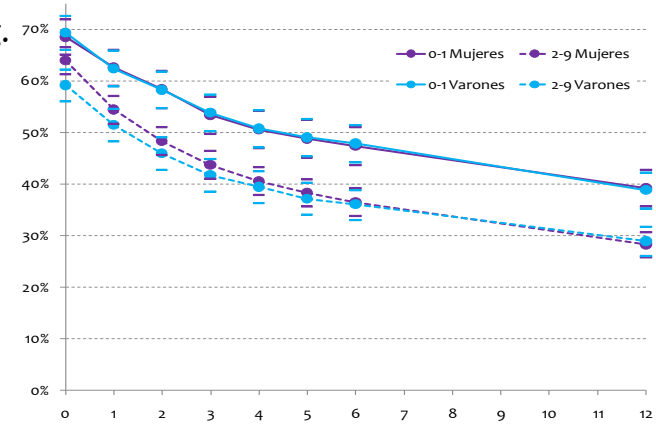


Figura 26. Evolución temporal de abstinentes según sexo y puntuación en la subescala de depresión del test de Goldgerg

2.6. POR DISPOSICIÓN A DEJAR DE FUMAR EN EL PRÓXIMO MES

La figura 27 muestra la evolución temporal de la abstinencia según sexo y la disposición a dejar de fumar en el próximo mes, manifestada en el momento de llegar a la Unidad. En quienes refieren estar dispuestos a dejar de fumar en el próximo mes (1954 mujeres y 1648 varones) no hay ni la más mínima diferencias entre sexos en la cesación a los doce meses: 33,9% y 32,7% respectivamente. En las personas que al llegar a la Unidad referían no estar dispuestas a hacer un intento de cesación en los próximos 30 días (98 mujeres y 74 varones), se aprecian que muchas comenzaron a dejar de fumar y unas ligeras diferencias a lo largo del curso temporal entre varones y mujeres que disminuyen a los doce meses (18,9% y 22,4%, respectivamente),y que en ningún caso son significativas.

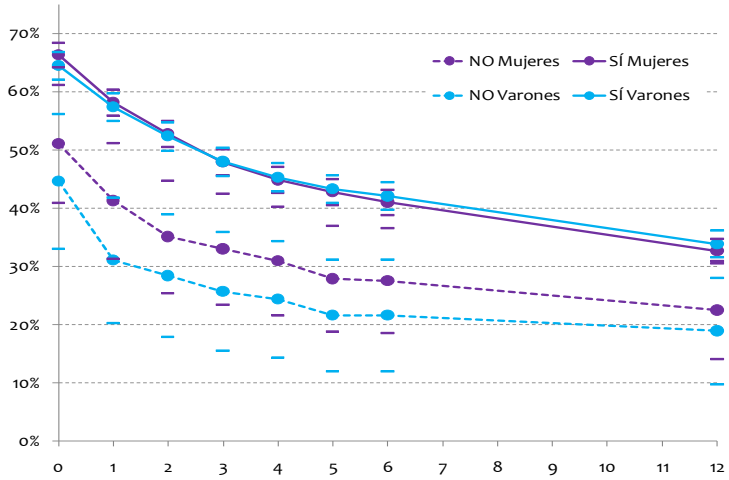


Figura 27. Evolución temporal de abstinentes según sexo y disposición de dejar de fumar en el próximo mes

2.7. POR APOYO FAMILIAR REFERIDO

La figura 28 muestra la evolución temporal de la abstinencia según sexo y percepción de apoyo familiar. Las personas que refieren tener más apoyo familiar (puntuaciones 6-10) dejan de fumar en mayor proporción a los doce meses que las personas que refieren tener la percepción de contar con menos apoyo familiar

(puntuaciones 0-5). No hay diferencias significativas por sexos en ninguno de los dos grupos, ni en quienes refieren tener más apoyo familiar (35,2% en varones vs. 33,8% en mujeres) ni en quienes tienen la percepción de sentirse menos apoyados familiarmente (22,2% en varones vs. 25,1% en mujeres).

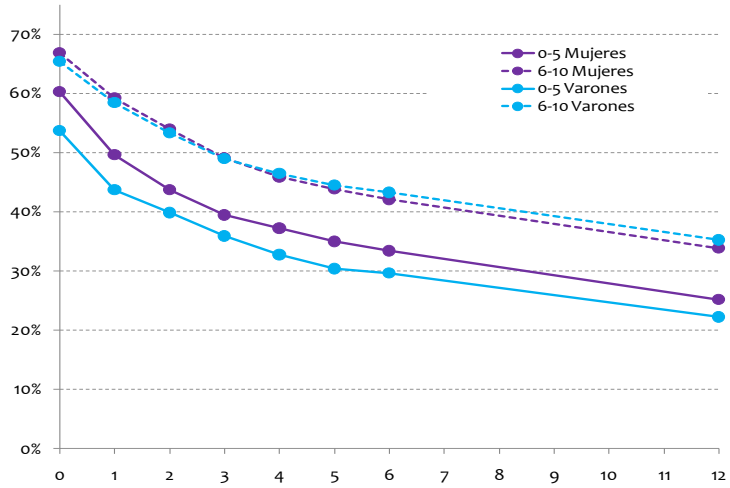


Figura 28. Evolución temporal de la abstinencia según sexo y percepción de apoyo familiar

La figura 29muestralas mismas curvas con los intervalos de confianza del 95% y separadas por el grado de apoyo. Destaca más la no existencia de diferencias por percepción de apoyo familiar.

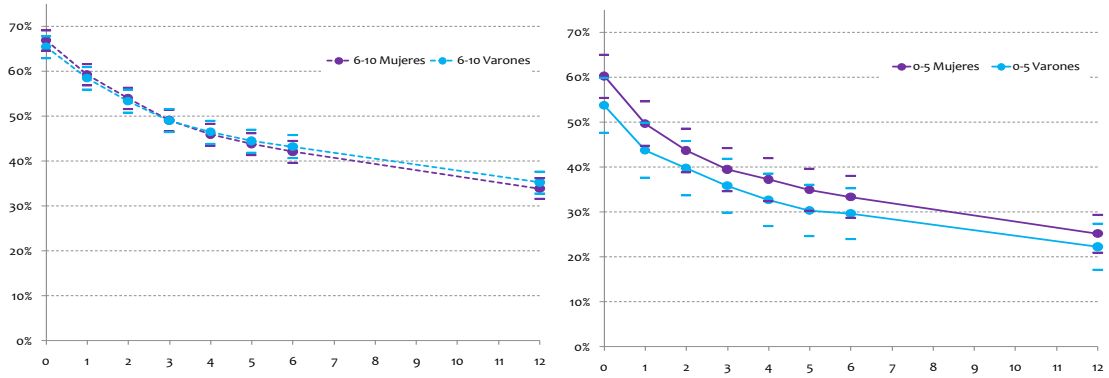


Figura 29. Evolución temporal de la abstinencia según sexo y percepción de apoyo familiar: a) puntuaciones 0-5 n:669; b) puntuaciones 6-10, n:3102

2.8. POR NÚMERO MÁXIMO DE DÍAS DE ABSTINENCIA PREVIOS

La figura 30 muestra la evolución temporal de la abstinencia según sexo y el hecho de haber estado al menos un mes abstinente previamente. Las personas que más dejan de fumar son las que habían estado más de un mes abstinentes previamente, no existiendo diferencias significativas entre varones (34,8%) y mujeres (37,9%). Tampoco se encuentran diferencias significativas entre sexos en quienes como mucho habían estado un mes abstinentes con anterioridad: 25,2% en mujeres y 29,6% en varones.

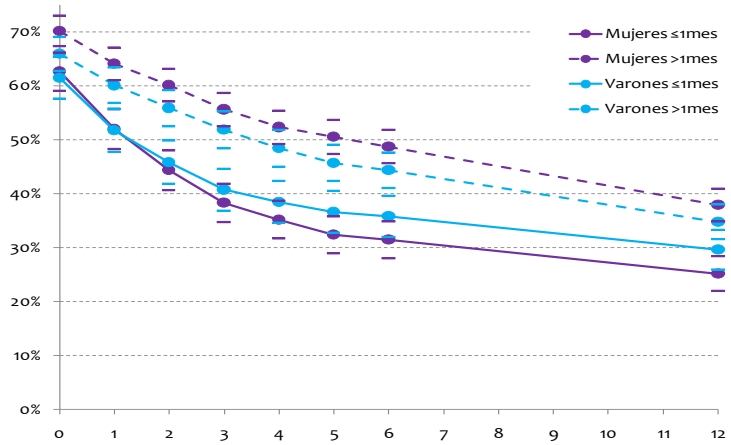


Figura 30. Evolución temporal de personas abstinentes según sexo y el haber estado más de un mes sin fumar previamente

Sin embargo, sí se observan diferencias en la evolución temporal de la abstinencia en quienes no habían intentado dejar de fumar previamente (figura 31):los varones tienen tasas de cesación significativamente mayores en varios momentos del curso temporal y, en concreto, a los doce meses: 38,3% frente a 28,6%.

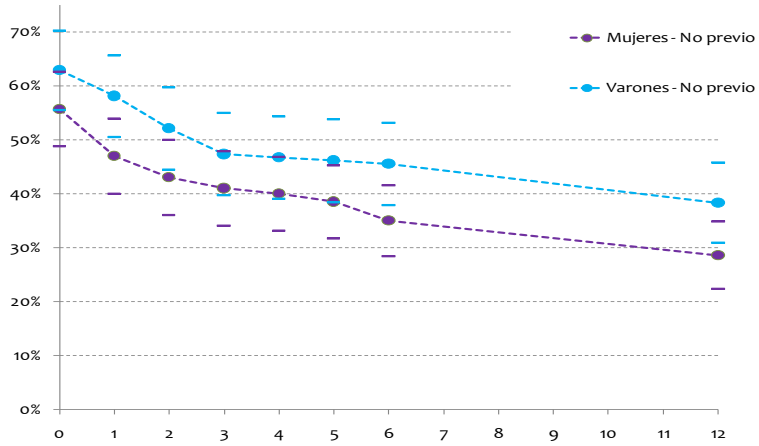


Figura 31. Evolución temporal de la abstinencia según sexo en quienes no habían intentado dejar de fumar previamente

La figura 32 muestra la evolución de estas tres categorías en uno y en otro sexo. En las mujeres a) se aprecia que aquellas que habían estado más de un mes abstinentes previamente son las que tienen mayores tasas de cesación, siendo similares las de quienes habían conseguido estar abstinentes previamente un mes o menos y las de quienes no lo habían intentado.

En cambio, en los varones b) quienes no lo habían intentado se comportan de manera similar a quienes previamente habían estado más de un mes sin fumar; aunque las diferencias entre estos tres grupos son menores y no significativas.

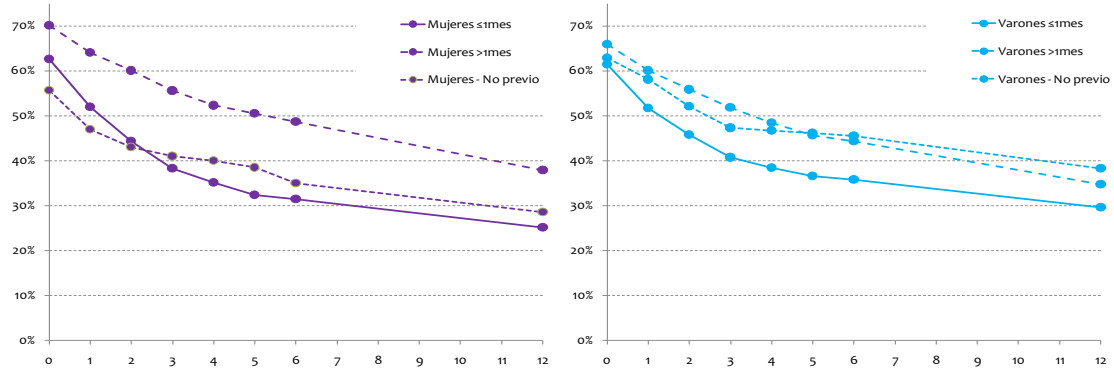


Figura 32. Evolución temporal de la abstinencia por sexos según si se había intentado previamente dejar de fumar y, en ese caso, si se había estado al menos un mes o no: a) mujeres; b) varones

2.9. POR FÁRMACO UTILIZADO

La figura 33 muestra el porcentaje de cesación en varones y mujeres según el fármaco pautado para la deshabituación. No se aprecian diferencias significativas entre varones y mujeres cuando se usa el mismo fármaco para dejar de fumar. Para ambos sexos, el fármaco con el que se obtienen mayores tasas de abstinencia es la vareniclina.

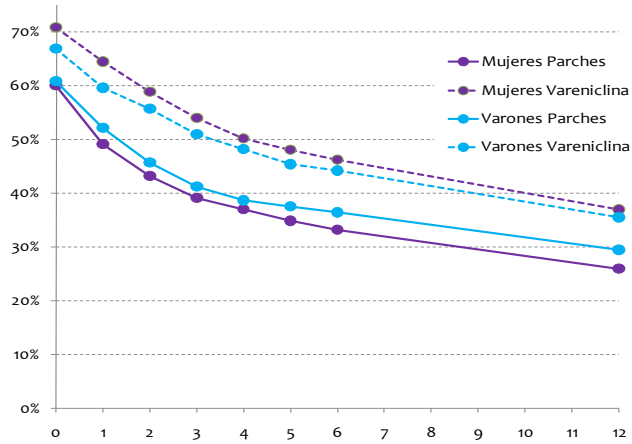


Figura 33. Evolución temporal de personas abstinentes según sexo y fármaco utilizado durante la deshabituación

La figura 34 muestra las mismas curvas con los intervalos de confianza del 95% separadas por fármacos. Se aprecia mejor que no hay diferencias significativas por sexos. No se muestran los resultados de bupropión (n:248), en los cuales tampoco hubo diferencias. Las tasas de abstinencia al año fueron: 31,6 para mujeres vs. 34,9 para varones.

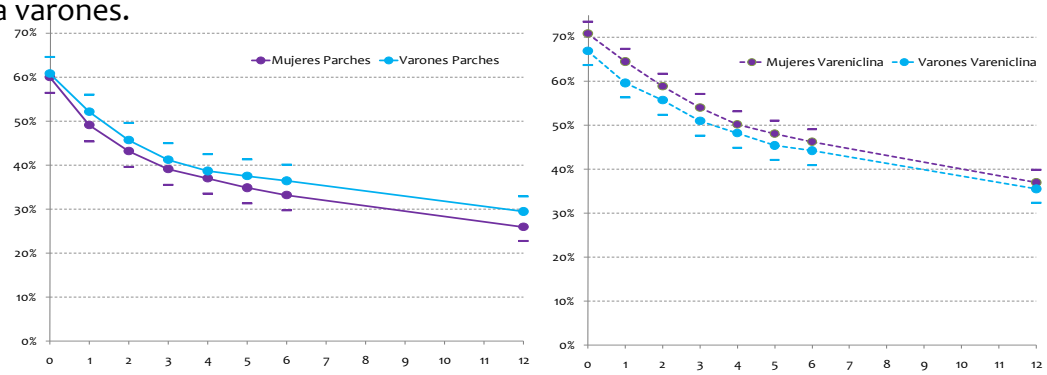


Figura 34. Evolución temporal de la abstinencia según sexos y fármaco pautado; a) parches n:1364; b) vareniclina n:1973

3. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CESACIÓN

En el análisis multivariante de la cesación por sexos se tuvieron en cuanta todas las variables que en la muestra total se comportaron como significativas cara a la cesación a los doce meses más el sexo y la edad actual.

3.1. EN NO ESTAR ABSTINENTE EL DÍA D

En relación a los factores que influyen en conseguir estar o no abstinente el día D, podría decirse en empezar la abstinencia, hay cinco altamente significativos en las mujeres (tabla 8):el grado de apoyo familiar, el máximo días de abstinencia obtenido en un intento previo y la disposición a dejarlo en un mes aumentan las probabilidades de conseguir estar abstinente el día D; por el contrario, la puntuación en el test de Fagerström y en la subescala de depresión del test de Goldberg lo disminuyen.

Tabla 8. Factores predictores de conseguir estar abstinentes el día D en mujeres

	Modelo inicial			Modelo ajustado		
	OR	**LC95%**	**p**	**OR**	**LC95%**	**p**
Edad actual	0,997	0,987 - 1,006	0,504			
Núm. cigarrillos	0,990	0,976 - 1,006	0,217			
Dificultad	0,958	0,901 - 1,018	0,162			
Posibilidad	1,013	0,972 - 1,055	0,555			
Apoyo	1,057	1,019 - 1,097	0,003	**1,073**	**1,038 - 1,110**	**3,1E-05**
N° intentos	1,020	0,966 - 1,078	0,472			
Máx. abst previa (d)	1,002	1,001 - 1,003	1,5E-07	**1,002**	**1,002 - 1,003**	**3,3E-09**
Dispos. dejarlo en 1 mes	1,543	0,805 - 2,959	0,191			
Dispos. fijar día D	1,424	0,829 - 2,448	0,200	**1,923**	**1,341 - 2,757**	**3,8E-04**
DSM4	0,926	0,835 - 1,026	0,141			
Fagerström	0,900	0,834 - 0,971	0,007	**0,882**	**0,841 - 0,925**	**2,2E-07**
Golberg-Ansiedad	1,041	0,982 - 1,104	0,179			
Golberg- Depresión	0,894	0,840 - 0,951	4,2E-04	**0,908**	**0,866 - 0,951**	**4,9E-05**
Estrés total	0,996	1,015 - 0,977	0,665			
Consumo de THC	0,484	0,217 - 1,080	0,076			
Diagn. psiquiátrico	0,986	0,769 - 1,264	0,912			

Dos de estos factores se muestran también predictores en varones (tabla 9): apoyo y máximo días de abstinencia, influyendo positivamente. Adicionalmente, en los varones se muestran significativos también como predictores de estar abstinente el día D los mismos que los que se observan en la muestra total (Martín, 2016): número de cigarrillos, puntuación en la subescala de ansiedad del test de Goldberg, puntuación en el test de estrés percibido y consumo de THC disminuyen las probabilidades de estar abstinente el día D. En cambio, la disposición manifestada el día que se llega a la Unidad de dejarlo en el próximo mes influye positivamente.

Tabla 9. Factores predictores de conseguir estar abstinentes el día D en varones

	Modelo inicial			Modelo ajustado		
	OR	**LC95%**	**p**	**OR**	**LC95%**	**p**
Edad actual	1,003	0,995 - 1,011	0,489			
Núm. cigarrillos	0,994	0,984 - 1,004	0,248	**0,994**	**0,987 - 1,001**	**8,4E-02**
Dificultad	0,978	1,026 - 0,932	0,368			
Posibilidad	1,000	0,966 - 1,036	0,991			
Apoyo	1,036	1,002 - 1,071	0,037	**1,042**	**1,011 - 1,075**	**7,9E-03**
N° intentos	1,023	0,986 - 1,062	0,224			
Máx. abst previa (d)	1,001	1,000 - 1,001	0,144	**1,001**	**1,000 - 1,001**	**6,6E-02**
Dispos. dejarlo en 1 mes	1,721	1,042 - 2,841	0,034	**1,764**	**1,250 - 2,490**	**1,2E-03**
Dispos. fijar día D	0,870	0,571 - 1,326	0,517			
DSM4	0,991	0,905 - 1,085	0,846			
Fagerström	0,991	0,933 - 1,052	0,764			
Golberg-Ansiedad	0,964	0,916 - 1,014	0,155	**0,954**	**0,914 - 0,997**	**3,6E-02**
Golberg- Depresión	0,972	0,918 - 1,029	0,331			
Estrés total	0,980	0,996 - 0,964	0,016	**1,025**	**1,010 - 1,041**	**1,3E-03**
Consumo de THC	0,624	0,414 - 0,939	0,024	**0,615**	**0,410 - 0,922**	**1,9E-02**
Diagn. psiquiátrico	0,881	0,706 - 1,100	0,264			

3.2. EN RECAER ENTRE EL DÍA D Y EL AÑO

En relación a los factores que influyen en la recaída antes del año en las mujeres (tabla 10) que están abstinentes el día D, hay cuatro altamente significativos: dos que disminuyen la probabilidad de recaída (apoyo y máximo días de abstinencia previa) y dos que aumentan la probabilidad de recaer (puntuación en el test de Fagerström y puntuaciones en la subescala de depresión en el test de Goldberg). También aumentan las probabilidades de recaer el consumo de THC y el tener un diagnóstico de padecer o haber padecido un trastorno psiquiátrico. La edad entra en el modelo de ajuste final, pero no significativamente.

Tabla 10. Factores de predicción de recaída antes del año en las mujeres que están el día D abstinentes

	Modelo inicial			Modelo ajustado		
	OR	**LC95%**	**p**	**OR**	**LC95%**	**p**
Edad actual	0,991	0,984 - 0,999	0,033	**0,995**	**0,989 - 1,001**	**7,8E-02**
Núm. cigarrillos	0,991	0,977 - 1,004	0,160			
Dificultad	0,993	1,043 - 0,945	0,788			
Posibilidad	1,019	0,984 - 1,055	0,299			
Apoyo	1,040	1,009 - 1,073	0,012	**1,047**	**1,019 - 1,076**	**9,5E-04**
Nº intentos	1,036	0,991 - 1,083	0,120			
Máx. abst previa (d)	1,002	1,001 - 1,002	0,000	**1,002**	**1,001 - 1,002**	**2,3E-07**
Dispos. dejarlo en 1 mes	1,068	0,640 - 1,780	0,801			
Dispos. fijar día D	1,236	0,804 - 1,900	0,333			
DSM4	0,932	0,857 - 1,013	0,099			
Fagerström	0,926	0,871 - 0,985	0,014	**0,890**	**0,855 - 0,926**	**8,1E-09**
Golberg-Ansiedad	0,985	0,939 - 1,033	0,539			
Golberg- Depresión	0,927	0,879 - 0,977	0,005	**0,908**	**0,872 - 0,946**	**4,5E-06**
Estrés total	1,004	0,988 - 1,020	0,617			
Consumo de THC	0,302	0,125 - 0,727	0,008	**0,327**	**0,136 - 0,783**	**1,2E-02**
Diagn. psiquiátrico	0,790	0,644 - 0,971	0,025	**0,779**	**0,636 - 0,953**	**1,5E-02**

Cuatro de estos factores se muestran también predictores en varones (tabla 11): apoyo, Fagerström, consumo de THC y el tener un diagnóstico de trastorno psiquiátrico, añadiéndose también la disposición a dejarlo en un mes.

Tabla 11. Factores de predicción de recaída antes del año en los varones que están el día D abstinentes

	Modelo inicial			Modelo ajustado		
	OR	**LC95%**	**p**	**OR**	**LC95%**	**p**
Edad actual	1,002	0,992 - 1,012	0,715			
Núm. cigarrillos	1,007	0,995 - 1,019	0,257			
Dificultad	1,017	1,081 - 0,957	0,588			
Posibilidad	1,001	0,959 - 1,045	0,951			
Apoyo	1,041	0,995 - 1,089	0,079	**1,037**	**0,995 - 1,081**	**8,5E-02**
N° intentos	1,013	0,970 - 1,058	0,562			
Máx. abst previa (d)	1,000	0,999 - 1,001	0,687			
Dispos. dejarlo en 1 mes	1,534	0,742 - 3,169	0,248	**1,691**	**1,074 - 2,663**	**2,3E-02**
Dispos. fijar día D	1,315	0,760 - 2,276	0,327			
DSM4	0,921	0,825 - 1,028	0,144			
Fagerström	0,910	0,846 - 0,979	0,011	**0,910**	**0,867 - 0,955**	**1,3E-04**
Golberg-Ansiedad	1,009	0,948 - 1,073	0,787			
Golberg- Depresión	0,965	0,899 - 1,037	0,333			
Estrés total	1,018	1,040 - 0,998	0,082			
Consumo de THC	0,364	0,190 - 0,699	0,002	**0,377**	**0,199 - 0,713**	**2,7E-03**
Diagn. psiquiátrico	0,685	0,520 - 0,902	0,007	**0,690**	**0,527 - 0,904**	**7,0E-03**

3.2 ABSTINENCIA A LOS DOCE MESES

Como consecuencia de todo lo anterior –de qué influye en comenzar y en recaer- se observa que los factores que influyen en conseguir estar o no abstinente a los doce meses (tablas 12 y 13), y que son compartidos por mujeres y varones son:

apoyo, que influye positivamente, y puntuación en la subescala de depresión del test de Goldberg, consumo de THC y diagnóstico de patología psiquiátrica, que influyen de forma negativa.

Adicionalmente, en las mujeres se muestran como predictores de cesación a los doce meses el máximo número de días de abstinencia previa y la disposición a dejarlo en un mes; y en los varones la puntuación en el test de Fagerström se comporta como predictor de no estar abstinente al año.

Tabla 12. Factores de predicción de abstinencia a los doce meses en mujeres

	Modelo inicial			Modelo ajustado		
	OR	**LC95%**	**p**	**OR**	**LC95%**	**p**
Edad actual	0,994	0,984 - 1,003	0,191			
Núm. cigarrillos	0,994	0,979 - 1,009	0,414			
Dificultad	0,970	1,028 - 0,915	0,306			
Posibilidad	1,024	0,984 - 1,067	0,242			
Apoyo	1,050	1,012 - 1,089	0,010	**1,055**	**1,019 - 1,092**	**2,7E-03**
Nº intentos	1,023	0,971 - 1,078	0,392			
Máx. abst previa (d)	1,001	1,000 - 1,002	0,002	**1,001**	**1,001 - 1,002**	**5,6E-04**
Dispos. dejarlo en 1 mes	1,628	0,846 - 3,132	0,144	**1,571**	**1,054 - 2,341**	**2,6E-02**
Dispos. fijar día D	1,006	0,587 - 1,726	0,982			
DSM4	0,950	0,861 - 1,050	0,316			
Fagerström	0,896	0,833 - 0,964	0,003			
Golberg-Ansiedad	1,023	0,967 - 1,082	0,425			
Golberg- Depresión	0,903	0,849 - 0,960	0,001	**0,913**	**0,872 - 0,956**	**1,2E-04**
Estrés total	1,001	1,102 - 0,983	0,910			
Consumo de THC	0,311	0,122 - 0,790	0,014	**0,335**	**0,133 - 0,844**	**2,0E-02**
Diagn. psiquiátrico	0,935	0,735 - 1,189	0,582	**0,874**	**0,833 - 0,916**	**2,4E-08**

Tabla 13. Factores de predicción de abstinencia a los doce meses en varones

	Modelo inicial			Modelo ajustado			
	OR	**LC95%**	**p**	**OR**	**LC95%**		**p**
Edad actual	0,998	0,990 - 1,006	0,666				
Núm. cigarrillos	1,002	0,992 - 1,013	0,658				
Dificultad	1,011	1,061 - 0,963	0,661				
Posibilidad	0,992	0,957 - 1,028	0,648				
Apoyo	1,033	0,996 - 1,072	0,085	**1,028**	**1,004**	**1,053**	**2,3E-02**
Nº intentos	1,017	0,980 - 1,055	0,370				
Máx. abst previa (d)	1,000	1,000 - 1,001	0,218				
Dispos. dejarlo en 1 mes	1,288	0,747 - 2,221	0,362				
Dispos. fijar día D	1,033	0,664 - 1,608	0,885				
DSM4	0,924	0,842 - 1,015	0,099				
Fagerström	0,922	0,868 - 0,980	0,009	**0,906**	**0,875**	**0,939**	**5,7E-08**
Golberg-Ansiedad	0,977	0,927 - 1,030	0,395				
Golberg- Depresión	0,961	0,905 - 1,021	0,196	**0,944**	**0,903**	**0,986**	**9,1E-03**
Estrés total	1,002	1,019 - 0,984	0,863				
Consumo de THC	0,326	0,182 - 0,584	0,000	**0,315**	**0,177**	**0,561**	**8,7E-05**
Diagn. psiquiátrico	0,699	0,551 - 0,887	0,003	**0,698**	**0,552**	**0,884**	**2,9E-03**

4. VARIABLES EN DONDE SE OBSERVAN DIFERENCIAS ENTRE SEXOS

4.1 RELACIONADAS CON EL CONSUMO

La figura35 refleja el número de cig/d según sexo. El número de cigarrillos consumidos diariamente por los pacientes fue de 25,3±12,0 (media±DE). Los varones fuman más cigarrillos que las mujeres: 27,3±13,3 vs. 23,6±10,5, siendo la diferencia altamente significativa (p: $1{,}9 \times 10^{-19}$). Las mujeres están más representadas en quienes fuman 20 cig/d o menos y los varones en quienes fuman más de

23 cig/d. La OR de fumar más de 20 cig/d de los varones respecto a las mujeres fue de 1,60 [1,40-1,82] (p:1,0x10^{-12}).

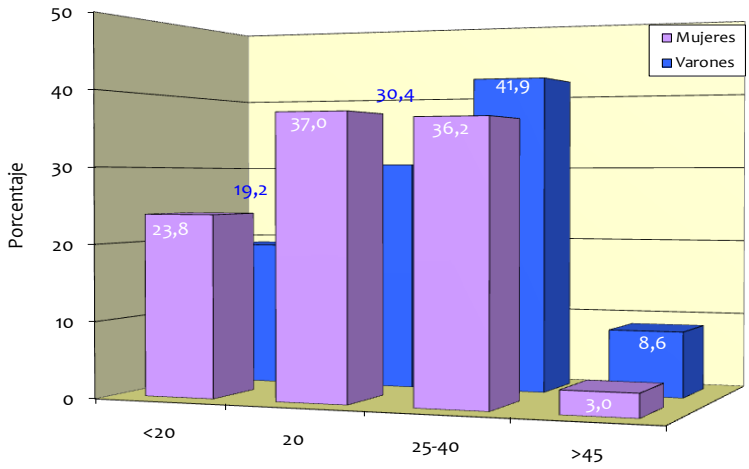


Figura 35. Número de cigarrillos diarios según sexo

La figura 36muestra las líneas de tendencia del número de cigarrillos consumidos al día según sexo y edad actual. Se observa que el mayor consumo de los varones ocurre a todas las edades (salvo en los extremos).El consumo es mayor para ambos sexos en las décadas intermedias de la vida.

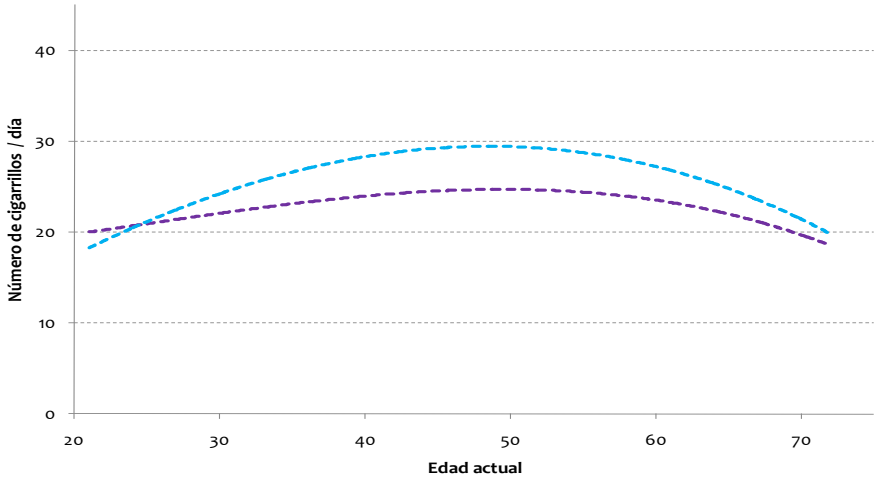


Figura 36. Líneas de tendencia del número de cig/d según sexo y edad actual

La figura 37 muestra las líneas de tendencia del número de cig/d dependiendo de la edad de inicio en el consumo diario según sexo. Los varones fuman siempre más cigarrillos independientemente de la edad a la que comenzaron. La cantidad de cigarrillos fumados en la actualidad aumenta en quienes empezaron a fumar antes de los 18 años, más cuanto antes empezaron.

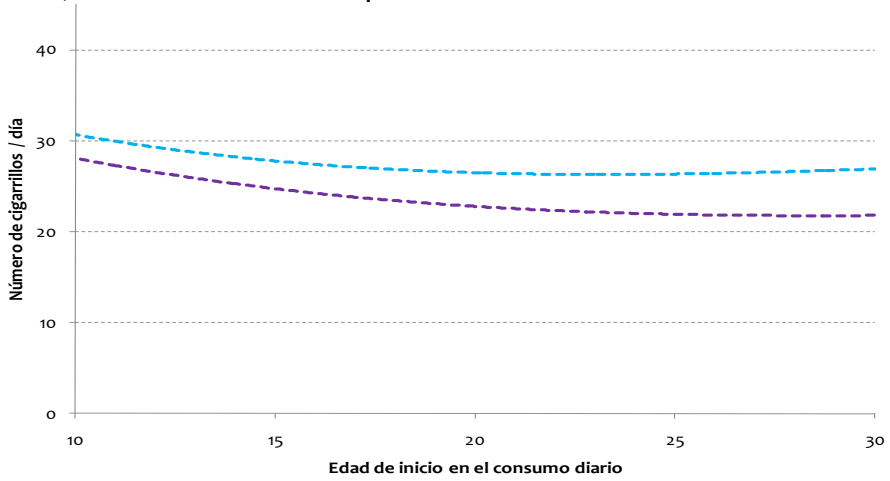


Figura 37. Líneas de tendencia del número de cig/d según sexo y edad de inicio en el consumo diario

La figura 38 muestra el número de intentos previos de cesación según sexo. De media los varones han intentado dejar de fumar un mayor número de veces que las mujeres: 2,9±2,9 vs. 2,4±2,2, siendo la diferencia altamente significativa (p: $1{,}1 \times 10^{-10}$). La OR de haber realizado más de tres intentos previos de cesación de los varones frente a las mujeres fue de 1,48 [1,28-1,72] (p:$1{,}5 \times 10^{-7}$).

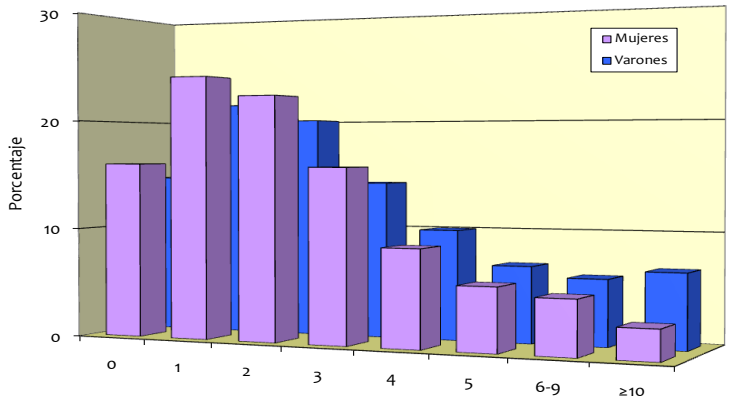


Figura 38. Número de intentos previos de cesación según sexo

La figura 39 muestra las líneas de tendencia de la edad del primer consumo y la edad de comienzo del consumo diario según sexo y edad actual. Al analizar las edades de inicio (del primer consumo y de consumo diario) según la edad actual, se observan claras diferencias por sexos. En los varones, independientemente de la edad que tengan actualmente, apenas existen diferencias en las edades en las que empezaron a fumar. En las mujeres en cambio se aprecia que, por un lado, las que tenían unos 45 años o menos en el inicio del tratamiento presentan edades similares a los varones en el comienzo en el consumo (tanto primero como diario); por otro lado se aprecia que quienes tenían unos 45 años o más al acudir a la Unidad habían empezado a fumar más tarde, tanto más cuanto mayores eran, algo que refleja los condicionantes sociales de su época juvenil.

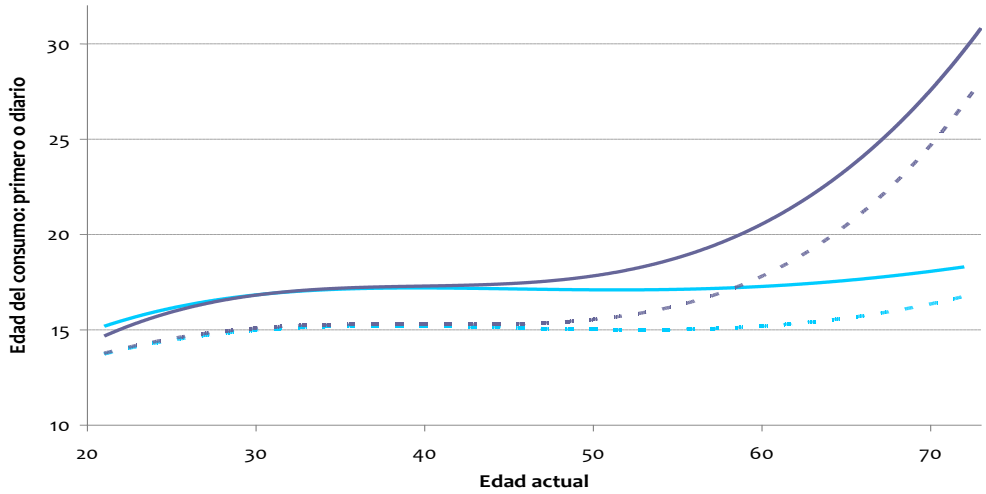


Figura 39.Líneas de tendencia de la edad del primer consumo (líneas discontinuas) y edad de comienzo del consumo diario (líneas continuas) por sexos

La tabla 14 muestra de forma numérica estas tendencias. Puede apreciarse cómo, las diferencias por sexos sólo se aprecian en las mujeres mayores de 45 años ($p<10^{-21}$ para ambas edades), no existiendo diferencias entre las mujeres más jóvenes y entre los varones, independientemente de la edad de éstos ($p>0,8$ para ambas edades). Como se ha señalado anteriormente (figura 37), al analizar la

relación entre la edad de inicio en el consumo diario y el número de cigarrillos se observa cómo quienes comenzaron a fumar más jóvenes fuman más.

Tabla 14. Número de cigarrillos al día (media y LC95%) según sexo y edad (Martín, 2016)

	≤ 45 años		> 45 años	
	♂	♀	♂	♀
Edad primer consumo	**15,1** (14,9-15,3)	**15,1** (14,9-15,3)	**15,2** (14,9-15,5)	**17,2** (16,9-17,5)
Edad consumo diario	**17,0** (16,8-17,2)	**17,0** (16,8-17,2)	**17,2** (16,9-17,5)	**19,6** (19,2-20,0)

4.2. RELACIONADAS CON LOS TEST DE DEPENDENCIA

No se apreciaron diferencias por sexos en las puntuaciones obtenidas en el test de dependencia de Fagerström: 6,20±2,31 en las mujeres vs. 6,31±2,40 en los varones (p:0,127).La figura 40 muestra las puntuaciones en el test de Fagerström según el sexo y la edad actual: se observa cómo las personas de edades intermedias presentan unas puntuaciones más altas en dicho test, probablemente porque fuman más cigarrillos (figura 36).

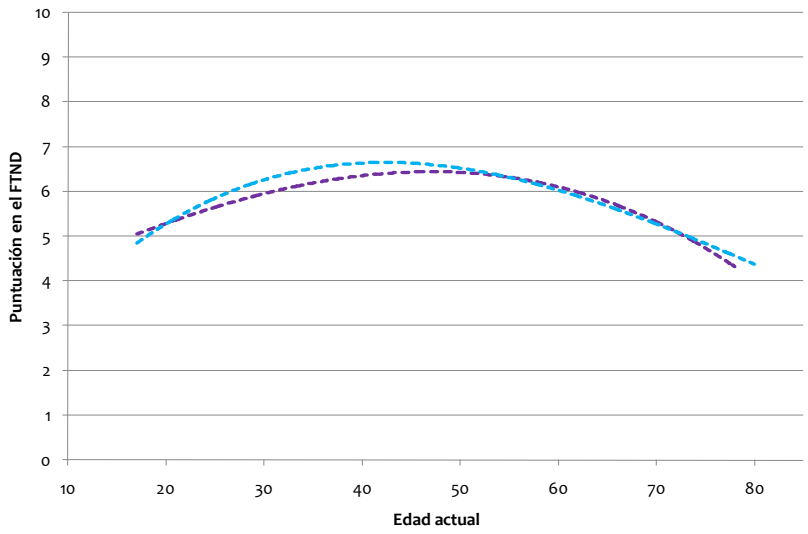


*Figura 40.*Líneas de tendencia en la p*untuación en el test de Fagerström según sexo y edad actual*

La tabla 15 recoge las puntuaciones medias obtenidas en cada pregunta del test de Fagerström por sexos. Puede observarse cómo hay diferencias significativas en tres de las seis preguntas: los varones puntúan más en la primera pregunta (*"número de cigarrillos fumados al día"*) y las mujeres puntúan más en la quinta y en la sexta (*"fumar cuando no se encuentra bien"* y *"a qué cigarrillo le costaría más renunciar"*). Consecuentemente, no se observan diferencias en el test completo, pero sí en el abreviado que, al recoger sólo las puntuaciones de las preguntas 1 y 2, es mayor en los varones.

Tabla 15. Puntuaciones en el test de Fagerström según sexo

	Mujeres (2052)	**Varones** (1722)	p
P.01. Nº de cigarrillos diario	1,56 ± 0,89	1,79 ± 0,96	**1,1E-14**
P.02. Cuánto tiempo desde que se levanta	2,22 ± 0,85	2,21 ± 0,87	8,4E-01
P.03. Fuma más primeras horas	0,72 ± 0,45	0,71 ± 0,46	3,2E-01
P.04 Dificultad estar sin fumar donde está prohibido	0,37 ± 0,48	0,36 ± 0,48	4,5E-01
P.05. Fumar cuando no se encuentra bien	0,57 ± 0,49	0,52 ± 0,50	**1,3E-03**
P.06. A qué cigarrillo le costaría más renunciar	0,76 ± 0,43	0,73 ± 0,45	**2,7E-02**
FAGERSTRÖM TOTAL	6,20 ± 2,31	6,31 ± 2,40	1,3E-01
FAGERSTRÖM ABREVIADO (P.01 & P.02)	3,77 ± 1,48	4,00 ± 1,55	**4,0E-06**

La figura 41 muestra las puntuaciones de dependencia según los criterios del DSM-IV por sexo y edad actual. Tampoco se apreciaron diferencias por sexos en las puntuaciones obtenidas: 4,19±1,28 en las mujeres vs. 4,21±1,32 en los varones (p:0,537). Las personas más jóvenes tienden a presentar puntuaciones más altas que las de mayor edad en ambos sexos.

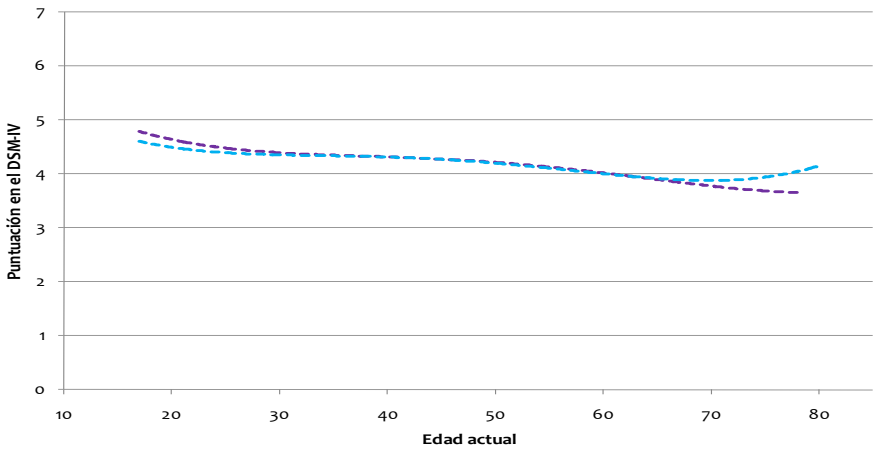


Figura 41. Líneas de tendencia de la puntuación de dependencia en *el DSM-IV según sexo y edad actual*

La figura 42 muestra las puntuaciones en el factorial 1 de estímulos antecedentes y consecuentes (*adicción*) según sexo. En este factorial la puntuación media por pregunta (n:9) es: 2,27±0,73 en mujeres vs. 2,09±0,75 en varones (p:3,6x10^{-14}). Esta diferencia, aunque es altamente significativa, representa un incremento de un 8,5%.La OR de puntuar por encima de 18 en el factorial 1 (*adicción*) de los varones frente a las mujeres fue de 0,64 [0,56-0,74] (p:4,8x10^{-11}).

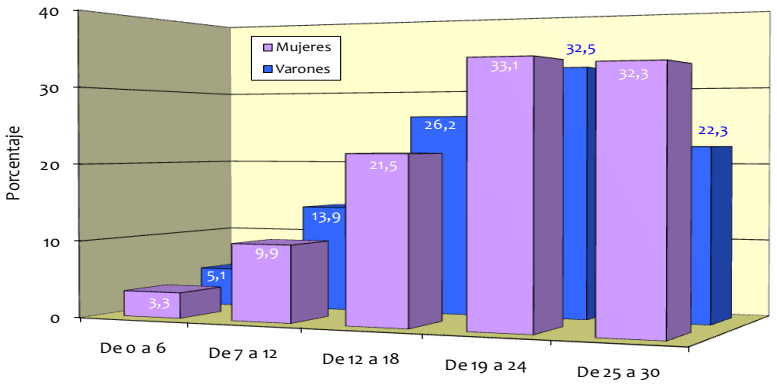


Figura 42. Puntuaciones en el factorial 1 de estímulos antecedentes y consecuentes (adicción) *según sexo*

4.3. RELACIONADAS CON LOS ESTADOS DE ÁNIMO

Como ya se ha visto en la figura 22, las personas con diagnóstico psiquiátrico independientemente del sexo, dejan de fumar en menor proporción que las personas que no tienen diagnóstico psiquiátrico. La figura 43 muestra las líneas de tendencia del porcentaje de personas con diagnóstico psiquiátrico según la edad actual y el sexo. Se observa cómo las personas más jóvenes tienen mayor porcentaje de diagnóstico de patología psiquiátrica. También se aprecia que apenas hay diferencias por sexo en los menores de 40 años, pero que, a partir de esta edad, la presencia de un diagnóstico psiquiátrico es más prevalente en las mujeres.

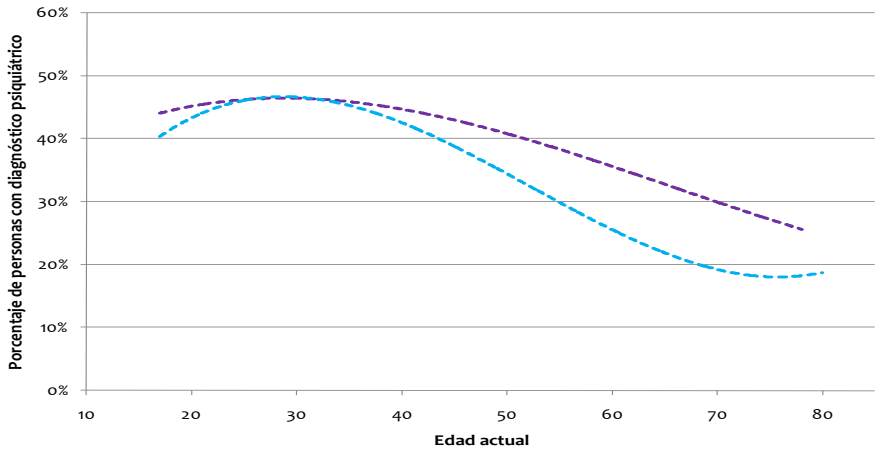


Figura 43. Línea de tendencia del porcentaje de personas con diagnóstico psiquiátrico según la edad actual y el sexo

4.3.1. DEPRESIÓN

La tabla 16 recoge las puntuaciones medias obtenidas en cada pregunta de la subescala de depresión del test de Goldberg por sexos. Se observan diferencias significativas tanto en la puntuación de cribaje (4 preguntas) como en la puntuación total (9 preguntas), así como en siete de las nueve preguntas. Las mujeres puntúan más que los varones en todas las preguntas en dónde las diferencias son significativas. La OR de puntuar por encima de 2 en la subescala de

depresión del test de Goldberg en las preguntas de cribaje de las mujeres frente a los varones fue de 1,36 [1,19-1,56] (p:5,3x10^{-6}) y en el total fue de 1,43 [1,25-1,64] (p:7,7x10^{-8}).

Tabla 16. Puntuaciones en la subescala de depresión en el test de Goldberg según sexo

	Mujeres (2048)	**Varones** (1722)	p
P.01. Se ha sentido con poca energía	0,60 ± 0,49	0,51 ± 0,50	**4,5E-08**
P.02. Ha perdido usted su interés por las cosas	0,34 ± 0,47	0,29 ± 0,45	**9,1E-04**
P.03. Ha perdido la confianza en sí mismo	0,27 ± 0,44	0,23 ± 0,42	**4,2E-03**
P.04 Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas	0,28 ± 0,45	0,23 ± 0,42	**1,6E-03**
P.05. Ha tenido dificultades para concentrarse	0,39 ± 0,49	0,32 ± 0,47	**4,0E-05**
P.06. Ha perdido peso	0,13 ± 0,38	0,13 ± 0,33	7,4E-01
P.07. Se ha estado despertando demasiado temprano	0,44 ± 0,50	0,43 ± 0,50	6,5E-01
P.08. Se ha sentido usted enlentecido	0,31 ± 0,46	0,23 ± 0,42	**1,2E-07**
P.09. Cree que, en general, se ha encontrado peor por las mañanas	0,32 ± 0,47	0,27 ± 0,44	**2,4E-04**
GOLDBERG - DEPRESIÓN CRIBAJE (n:4)	1,49 ± 1,41	1,26 ± 1,38	**9,3E-07**
GOLDBERG - DEPRESIÓN TOTAL	3,08 ± 2,51	2,65 ± 2,49	**1,3E-07**

La figura 44 muestra la distribución agrupada de las puntuaciones obtenidas en la subescala de depresión del test de Goldberg según sexo en las preguntas de

cribado a) y en total de preguntas b), observándose gráficamente las diferencias recogidas en la tabla 16.

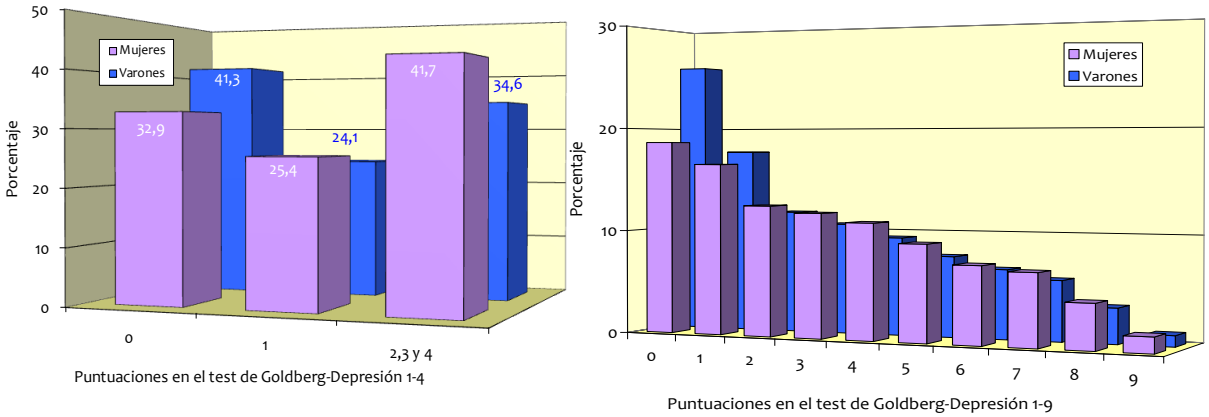


Figura 44. Puntuaciones en la subescala de depresión en el test de Goldberg según sexo: a) en las preguntas de cribado; b) en el total

La figura 45 muestra las líneas de tendencia de las puntuaciones en la subescala de depresión del test de Goldberg según sexo y edad actual. Se observa, tanto en las preguntas de cribaje a) como en el total b), que las puntuaciones en las mujeres permanecen prácticamente estables en todas las edades y que éstas puntúan más que los varones en todas las edades acentuándose las diferencias a partir de los 40 años. En los varones las puntuaciones más altas se ven en los más jóvenes, siendo los de mayor edad los que menos puntúan, lo cual seaproxima a lo que se observa en la figura 43.

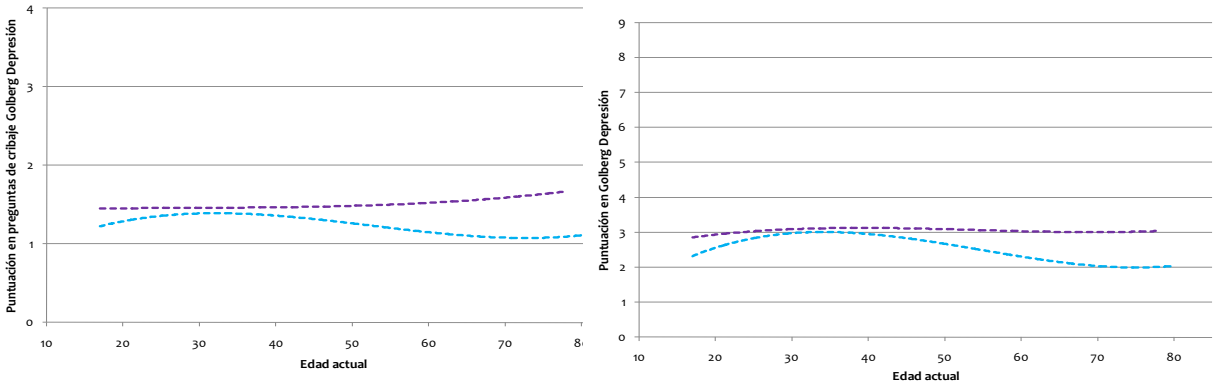


Figura 45. Líneas de tendencia de las puntuaciones en la subescala de depresión del test de Goldberg según sexo y edad actual: a) preguntas de cribaje; b) puntuación total

4.3.2. ANSIEDAD

La tabla 17 recoge las puntuaciones medias obtenidas en cada pregunta de la subescala de ansiedad del test de Goldberg por sexos. Se observan diferencias significativas tanto en la puntuación de cribaje (4 preguntas) como en la puntuación total (9 preguntas), así como en las nueve preguntas. Las mujeres puntúan más que los varones en los totales y en todas las preguntas, salvo en la pregunta 8 (*"Ha estado preocupado por su salud"*). La OR de puntuar por encima de 2 en la subescala de ansiedad del test de Goldberg en las preguntas de cribaje de las mujeres frente a los varones fue de 1,53 [1,32-1,77] ($p:9,9x10^{-9}$) y en el total fue de 1,47 [1,28-1,69] ($p:9,4x10^{-8}$).

Tabla 17. Puntuaciones en la subescala de ansiedad en el test de Goldberg según sexo

	Mujeres (2049)	**Varones** (1722)	p
P.01. Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión	0,62 ± 0,48	0,54 ± 0,50	**1,2E-06**
P.02. Ha estado muy preocupado por algo	0,61 ± 0,49	0,56 ± 0,50	**4,5E-04**
P.03. Se ha sentido muy irritable	0,43 ± 0,50	0,38 ± 0,48	**7,7E-04**
P.04 Ha tenido dificultad para relajarse	0,54 ± 0,50	0,45 ± 0,50	**2,1E-08**
P.05. Ha dormido mal	0,56 ± 0,50	0,50 ± 0,50	**2,6E-04**
P.06. Ha tenido dolores de cabeza o nuca	0,48 ± 0,50	0,36 ± 0,48	**8,7E-13**
P.07. Temblores, hormigueos, mareos, sudores o diarrea	0,32 ± 0,47	0,27 ± 0,44	**3,7E-04**
P.08. Ha estado preocupado por su salud	0,58 ± 0,49	0,63 ± 0,48	**1,3E-03**
P.09. Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño	0,53 ± 0,50	0,46 ± 0,50	**1,5E-05**
GOLDBERG - ANSIEDAD CRIBAJE (n:4)	2,21 ± 1,54	1,92 ± 1,59	**4,7E-08**
GOLDBERG - ANSIEDAD TOTAL	4,68 ± 2,67	4,15 ± 2,73	**2,4E-09**

La figuras 46 recoge las distribuciones de las puntuaciones agrupadas obtenidas en la subescala de ansiedad del test de Goldberg, en las preguntas de cribado a) y en el total de preguntas b), observándose gráficamente las diferencias recogidas en la tabla 17.

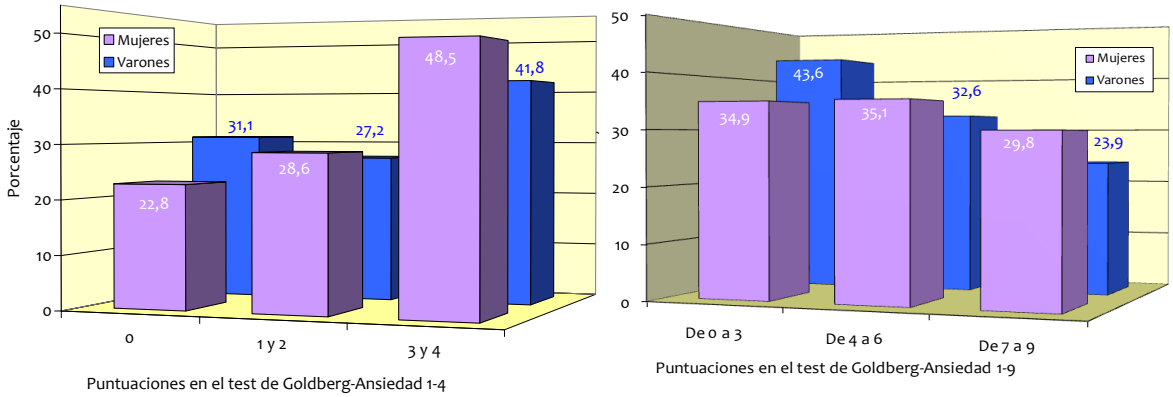


Figura 46. Puntuaciones agrupadas en la subescala de ansiedad del test de Goldberg según sexo y edad: a) preguntas de cribaje; b) puntuación total

La figura 47 muestra las líneas de tendencia de las puntuaciones en la subescala de ansiedad en el test de Goldberg según la edad actual y el sexo. Se observa en ambos casos diferencias entre varones y mujeres, siendo las puntuaciones de éstas mayores a lo largo de todas las edades. La puntuación en ansiedad tiende a disminuir con la edad en ambos sexos, algo que también concuerda con observado en la figura 43.

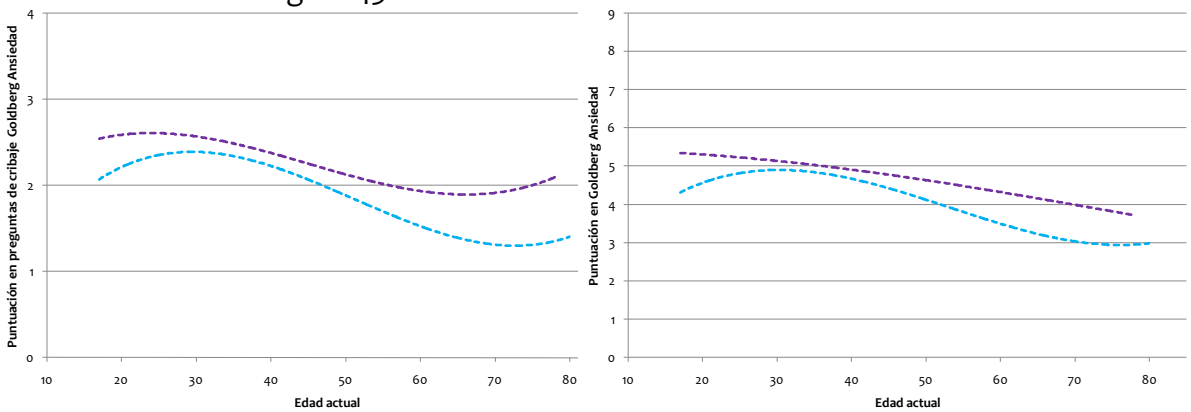


Figura 47. Líneas de tendencia de las puntuaciones en la subescala de ansiedad del test de Goldberg según sexo y edad actual: a) preguntas de cribaje; b) puntuación total

4.3.3. ESTRÉS PERCIBIDO

La tabla 18 recoge las puntuaciones medias obtenidas en cada pregunta del test de estrés percibido. Se observa cómo las mujeres puntúan significativamente más en todas las preguntas que componen el factor *"estrés negativo"* y cómo los varones puntúan más en tres de las cuatro preguntas de *"estrés positivo"*. Consecuentemente, las mujeres puntúan más en el total de estrés percibido (que se elabora restando la puntuación en las preguntas positivas de la puntuación en las preguntas negativas).

Tabla 18. Puntuaciones en el test de estrés percibido

	Mujeres (2039)	**Varones** (1714)	p
P.01. Afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente	1,88 ± 1,51	1,60 ± 1,47	**1,4E-08**
P.02. Incapaz de controlar las cosas importantes en su vida	1,51 ± 1,42	1,23 ± 1,32	**2,1E-10**
P.03. Nervioso y "estresado"	2,72 ± 1,28	2,35 ± 1,37	**3,6E-17**
P.06. No podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer	1,90 ± 1,33	1,69 ± 1,33	**9,9E-07**
P.09. Enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control	2,14 ± 1,35	2,02 ± 1,31	**3,1E-03**
P.10. Las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas	1,78 ± 1,37	1,49 ± 1,28	**3,0E-11**
ESTRÉS NEGATIVO	11,93 ± 5,81	10,37 ± 5,68	**1,4E-16**
P.04 Seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales	2,68 ± 1,16	2,81 ± 1,18	**4,6E-04**
P.05. Las cosas le van bien	2,43 ± 1,17	2,56 ± 1,17	**8,1E-04**
P.07. Controlar las dificultades de su vida	2,85 ± 1,04	2,86 ± 1,07	6,5E-01
P.08. Con el control de todo	2,12 ± 1,29	2,23 ± 1,27	**1,9E-02**
POSITIVO	10,09 ± 3,54	10,47 ± 3,75	**1,5E-03**
ESTRÉS TOTAL	17,84 ± 8,04	15,90 ± 8,18	**3,3E-13**

La figura 48 recoge la distribución agrupada de las puntuaciones totales obtenidas en el test de estrés percibido y muestra gráficamente las diferencias reseñadas en la tabla anterior. La OR de puntuar por encima de 24 en el test de estrés percibido de las mujeres frente a los varones fue de 1,47 [1,25-1,72] (p:1,8x10^{-6}).

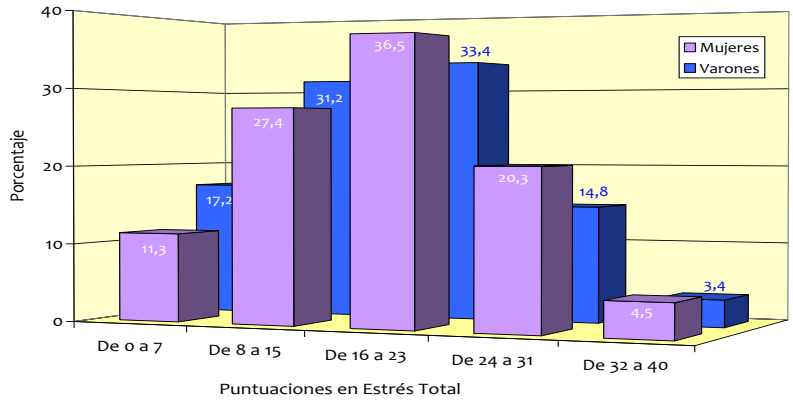


Figura 48. Distribución agrupada de las puntuaciones en el test de estrés percibido según sexo

La figura 49 muestra las líneas de tendencia de las puntuaciones del test de estrés percibido según la edad actual y el sexo. El patrón es muy similar al que se observa en las figuras 43, 45 y 47: las mujeres puntúan más que los varones y las personas jóvenes puntúan más que las de mayor edad.

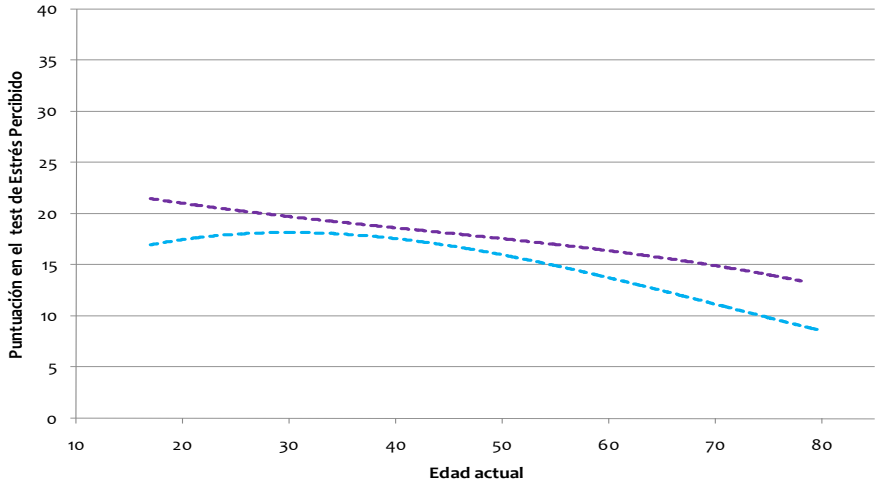


Figura 49. Líneas de tendencia de las puntuaciones totales en el test de estrés percibido por sexo y edad actual

La figura 50 recoge la distribución agrupada de las puntuaciones de los tres factoriales en los que se observaron diferencias por sexos, factoriales que se extraen del análisis conjunto de las tres escalas utilizadas para medir el estado de ánimo (Goldberg depresión, Goldberg ansiedad y estrés percibido). En el factorial que hemos denominado *depresión* (a) se observa cómo las mujeres tienen puntuaciones más altas que los varones: de media 2,51±2,24 vs. 2,09± 2,17, diferencia altamente significativa ($p:1,17x10^{-8}$).En el factorial que hemos denominado *ansiedad*(b) las medias de las puntuaciones son 6,80±3,56 en mujeres vs. 5,88±3,67 en varones ($p:1,27x10^{-14}$). En el factorial denominado *estrés negativo* (c) se observa cómo las mujeres tienen también puntuaciones más altas: 7,34±4,06 vs. 6,42±3,85 ($p:1,24x10^{-12}$).

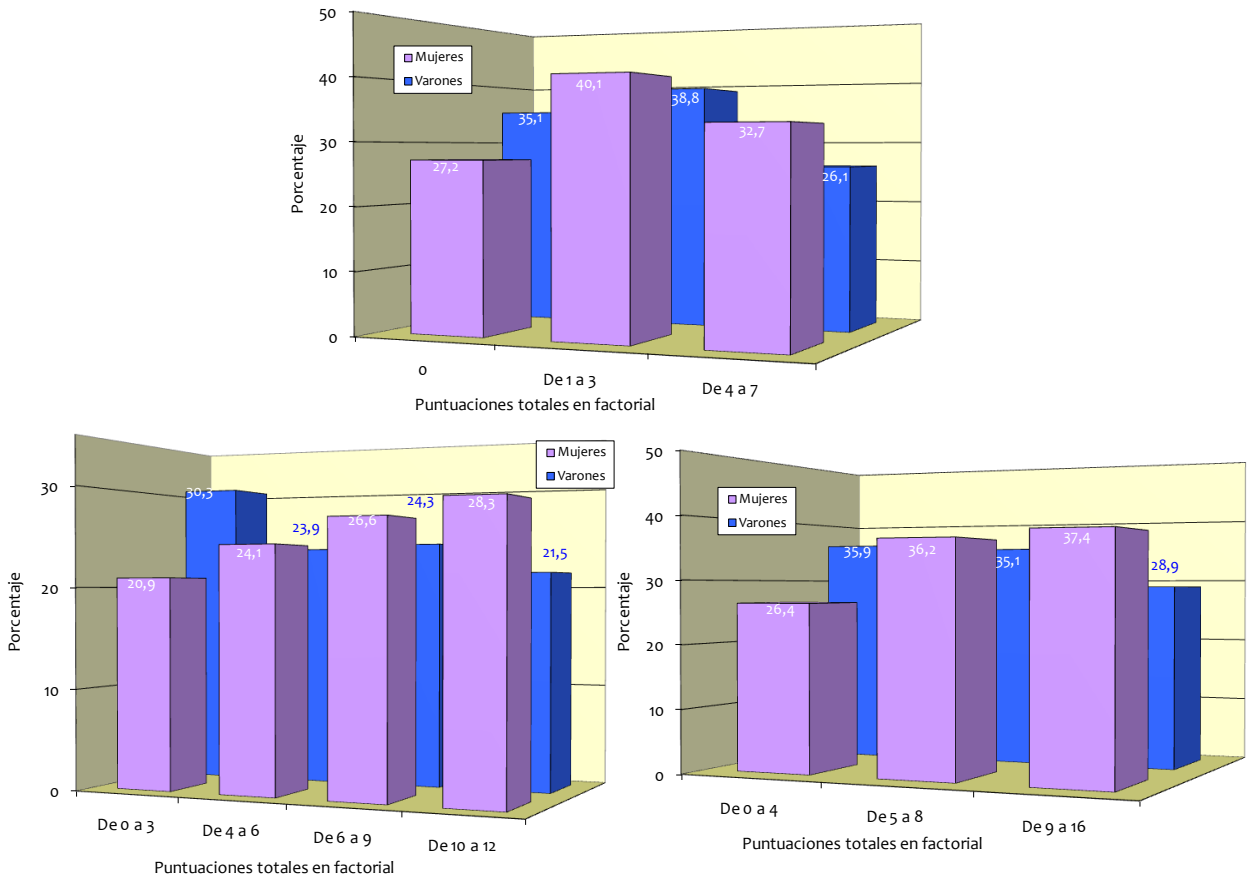


Figura 50. Puntuaciones totales en factoriales del estado de ánimo: a) factorial 1 (depresión); *b) factorial 2* (ansiedad); *c) factorial 4* (estrés negativo)

Asociado con las puntuaciones en los test relacionados con el estado de ánimo se encuentra el componente de sedación del test de Russell. La figura 51 muestra las líneas de tendencia de las puntuaciones de las preguntas del componente *Sedación*en el test de Russell según sexo y edad actual. Se ve cómo las mujeres puntúan más (es decir, fuman más asociado a estados de ánimo negativos) que los varones en todas las edades y cómo las puntuaciones disminuyen con la edad en ambos sexos.

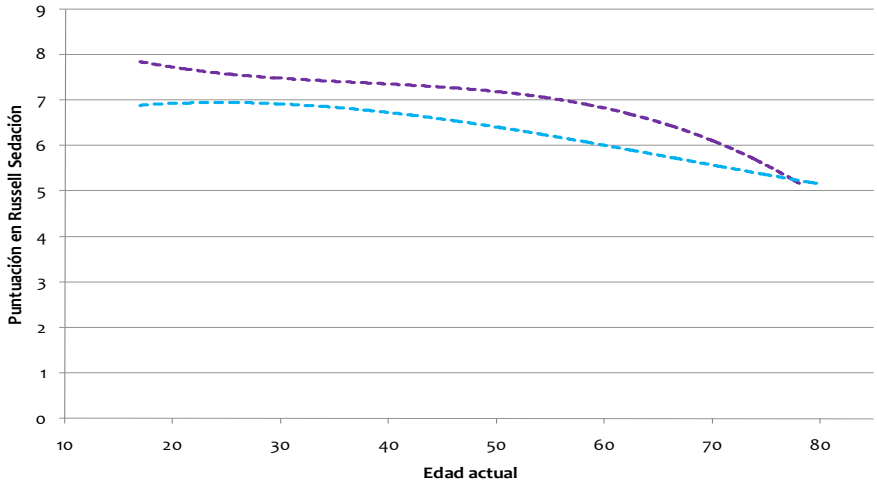


Figura 51. Líneas de tendencia de las puntuaciones en el componente Sedación *del test de Russell*

La percepción de autoeficacia recoge lo contrario a las puntuaciones mostradas cuando se analizan las situaciones asociadas al consumo de tabaco (como en el test de Russell). Un ejemplo claro en dónde se muestran estas diferencias es la pregunta 4; así, la figura 52 recoge las lineas de tendencia en esta pregunta del test de autoeficacia (*"grado de resistencia que creo que podría oponer si me sintiera ansioso"*). Se observa como la autoeficacia (capacidad de resistencia) en esta pregunta tiende a ser mayor en varones que en mujeres y que va incrementándose con la edad en ambos sexos.

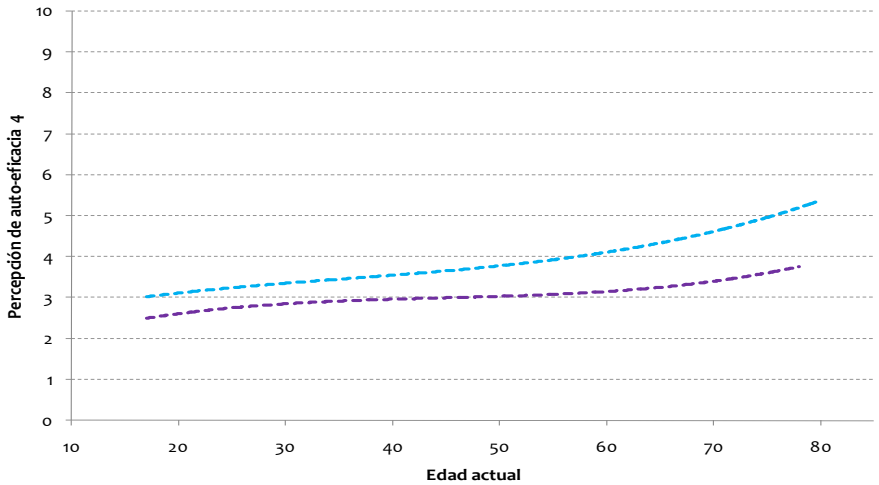


Figura 52. Líneas de tendencia de las puntuaciones por sexos en la percepción de autoeficacia en la pregunta 4 "grado de resistencia que creo que podría oponer si me sintiera ansioso"

Lo mismo se observa en las lineas de tendencia de todo el factorial 1 (*sedación*) del test de autoeficacia percibida (figura 53); es decir, del grado de resistencia que la persona cree que podría oponer en esas situaciones. Puede observarse que, de manera lógica, ésta es una imagen especular de la figura 51: la autoeficacia tiende a ser algo mayor en varones que en mujeres y va incrementándose con la edad en ambos sexos.

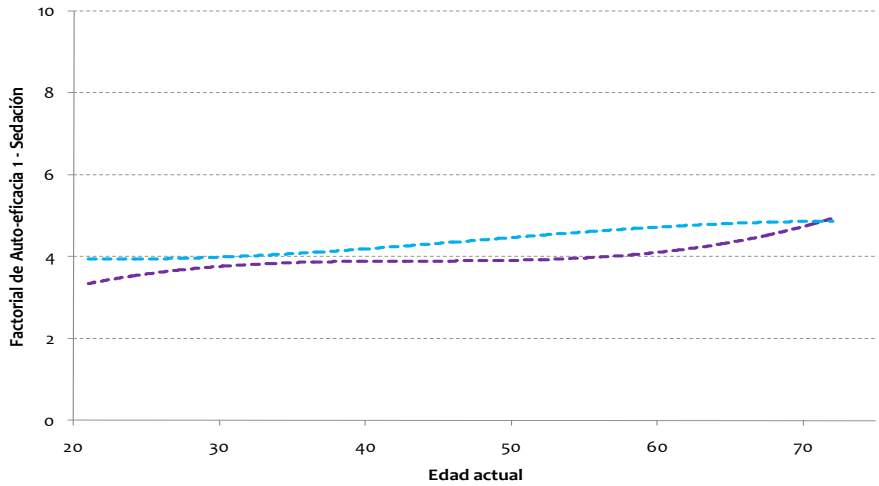


Figura 53. Líneas de tendencia por sexo y edad en el factorial 1 (sedación) *del test de autoeficacia percibida*

La figura54 muestra la distribución agrupada de las puntuaciones por sexos en este factorial 1 (*sedación*). Se observa cómo hay diferencias significativas: 30,20±11,93 en mujeres vs. 27,97±12,41 en varones (p:3,63x10^{-8}). La OR [y LC95%] de los varones respecto a las mujeres fue de 2,40 [2,10-2,74] (p:9,7x10^{-39}).

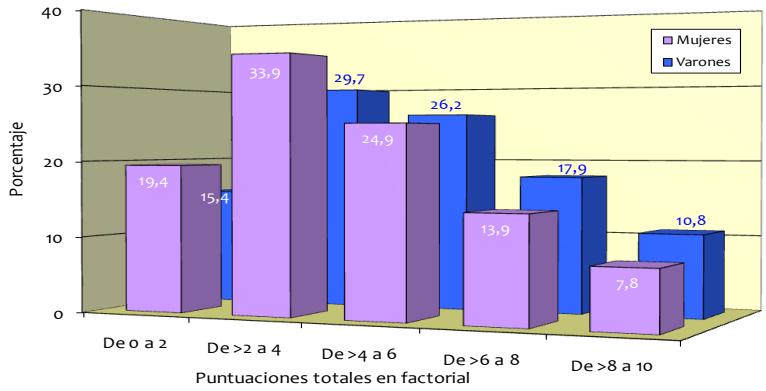


Figura 54. Puntuaciones por sexos en el factorial 1 (sedación) *del test de autoeficacia percibida*

4.4 RELACIONADAS CON VALORACIÓN FUNCIONAL

La figura 55 muestra las puntuaciones totales en el factorial 11 (*peso: "fumo para mantener mi peso bajo"* y *"fumo para engañar el hambre"*) de estímulos antecedentes y consecuentes según sexo. Se ve cómo en las puntuaciones más bajas están más representados los varones y en las más altas las mujeres, coincidiendo ambos sexos en las puntuaciones intermedias. La importancia de este factorial es en general baja, pero se observan diferencias: 0,84±1,03 en mujeres vs. 0,55±0,83 en varones (p:4,59x10^{-21}).

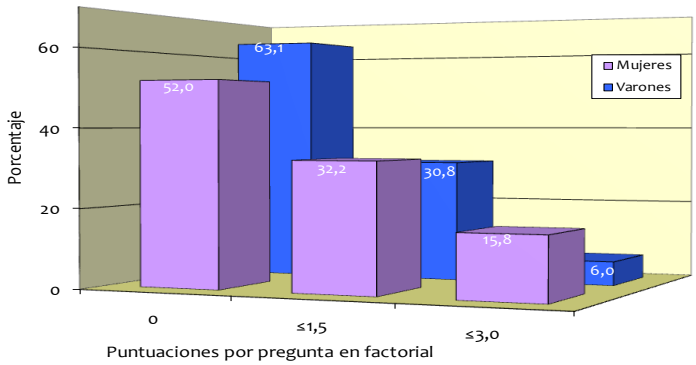


Figura 55. Puntuaciones agrupadas en el factorial 11 (peso)*de estímulos antecedentes y consecuentes según sexo*

La figura 56 muestra las puntuaciones totales en el factorial 2 (*imagen & peso*) de autoeficacia según sexo. Se ve cómo casi nadie (3-4%) puntúa menos de 1, cómo en las puntuaciones intermedias puntúan más las mujeres y en las más altas los varones tienen puntuaciones mayores; es decir, los varones refieren mayor capacidad de resistencia frente a este tipo de estímulos. La puntuación media del factorial es 4,79±7,60 en mujeres y 3,38±7,40 en varones ($p:1,56x10^{-8}$).

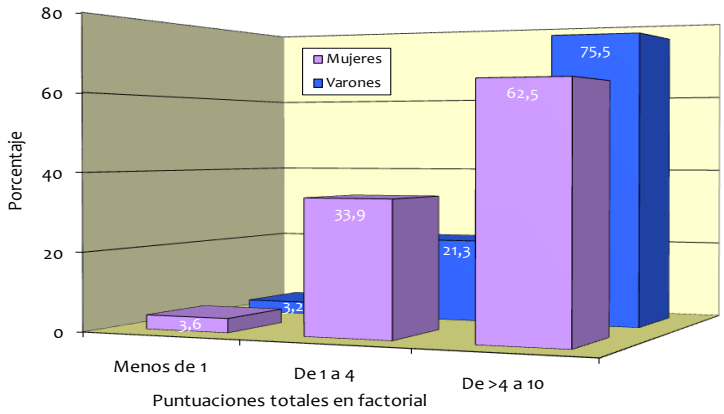


Figura 56. Puntuaciones en el factorial de autoeficacia 2 (imagen & peso) *según sexo*

El análisis de las líneas de tendencia según sexo y edad de estas dos últimas figuras se muestra en las figura 57 y 58.

La 57muestra las lineas de tendencia en las puntuaciones del factorial 11 (*peso*) deestímulos antecedentes y consecuentes según sexo y edad actual.Se observa que las puntuaciones son muy bajas (menores de 1, en una escala de 0 a 10), que las mujeres puntúan más que los varones en todas las edades y que las puntuaciones van disminuyendo con la edad en ambos sexos. La gráfica refleja en el caso de las mujeres las más preocupadas por el peso son las de edades intermedias (25 a 45 años) y en el de los varones, los más jóvenes.

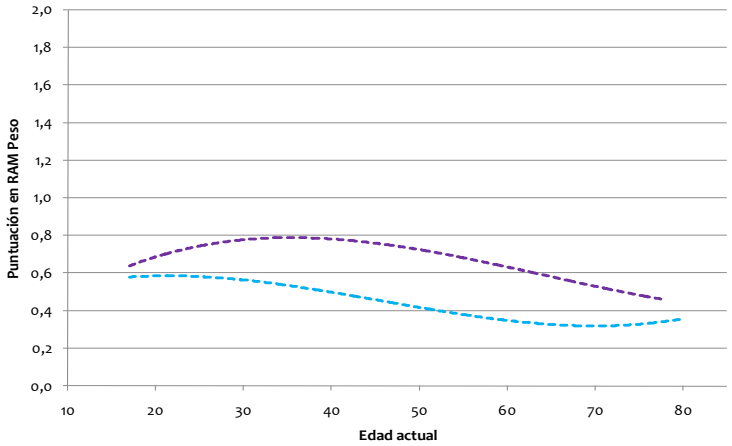


Figura 57. Líneas de tendencia en las puntuaciones del factorial 11 (peso) *de estímulos antecedentes y consecuentes según sexo y edad actual*

La figura 58muestra las líneas de tendencia en las puntuaciones de la percepción de autoeficacia en la pregunta 14 (*"Si pensara que esto me ayudaría a mantener el peso"*)y, en cierto sentido, es una imagen especular de la anterior:los varones tienen más autoeficacia que las mujeres ante este estímulo y esta sensación aumenta con la edad en ambos sexos.

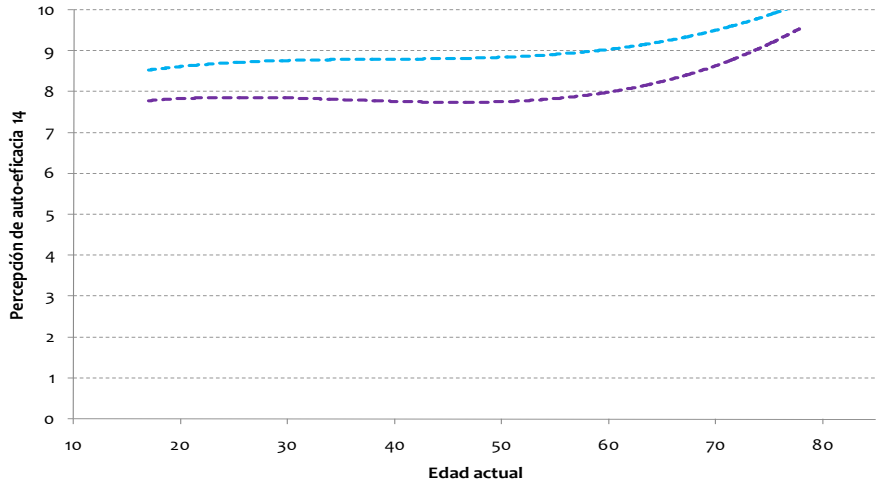


Figura 58. Líneas de tendencia por sexo y edad actual en las puntuaciones de la percepción de autoeficacia en la pregunta 14 ("Si pensara que esto me ayudaría a mantener el peso")

Las puntuaciones agrupadas de percepción de autoeficacia de esta pregunta queda recogida en la figura 59. Los varones refieren tener mayor capacidad de resistencia que las mujeres en esta situación: 7,85±3,42 en mujeres vs. 8,90±2,56 en varones (p:1,9x10^{-25}).

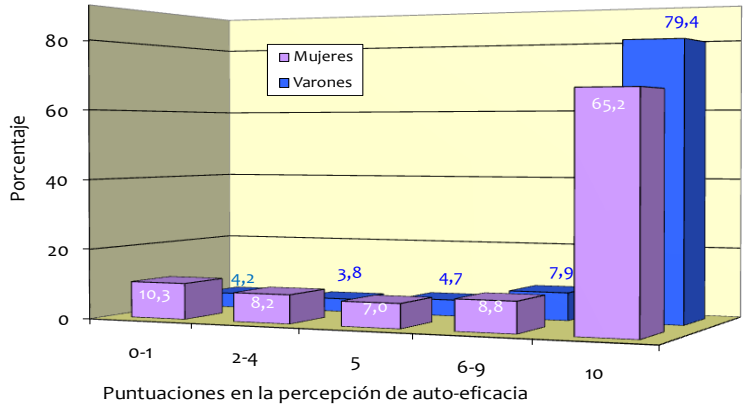


Figura 59. Puntuaciones en la percepción de autoeficacia en la pregunta 14

La figura 60 muestra las puntuaciones totales en el factorial 5(*imagen*) de estímulos antecedentes y consecuentes según sexo. Se observa cómo los varones están más representados en las puntuaciones más bajas y las mujeres en las medias y altas: 0,52±1,36 en mujeres vs. 0,63±1,42 en varones (p:0,022).

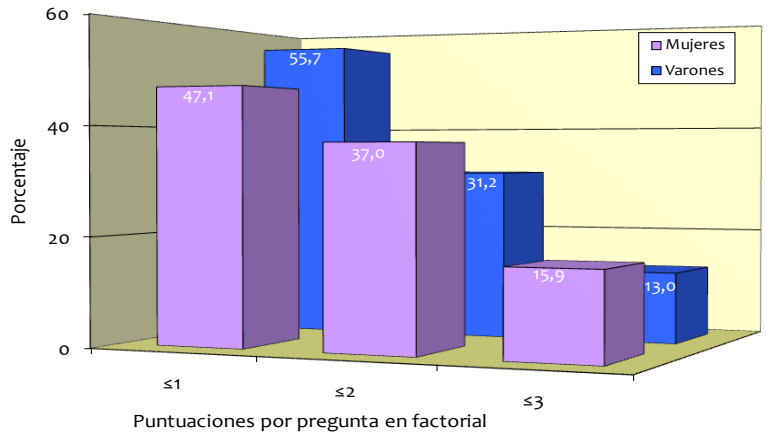


Figura 60. Puntuaciones totales en el factorial 5(imagen) *de estímulos antecedentes y consecuentes según sexo*

La figura 61 recoge las puntuaciones según sexo en la percepción de autoeficacia en la pregunta 9 (*"Si estuviera bebiendo una bebida alcohólica"*). Las mujeres refieren tener mayor capacidad de resistencia que los varones en esta situación, siendo estas diferencias grandes en porcentaje (45%) y altamente significativas: 3,12±3,83 en mujeres vs. 4,52±3,91 en varones ($p:5,86x10^{-28}$).La OR [y LC95%] de los varones respecto a las mujeres fue de 1,54 [1,25-1,89] ($p:4,6x10^{-5}$).

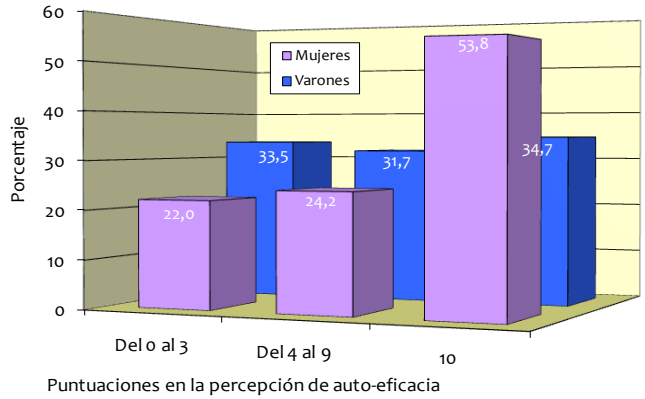


Figura 61. Puntuaciones en la pregunta 9 (situación de consumo de alcohol) *de la escala de autoeficacia según sexo*

La figura 62 muestra las líneas de tendencia en las puntuaciones de esta pregunta 9 según sexo y edad actual. Se observa cómo las mujeres refieren más capacidad de resistencia que los varones ante esta situación; y cómo la sensación de resistencia aumenta con la edad en ambos sexos.

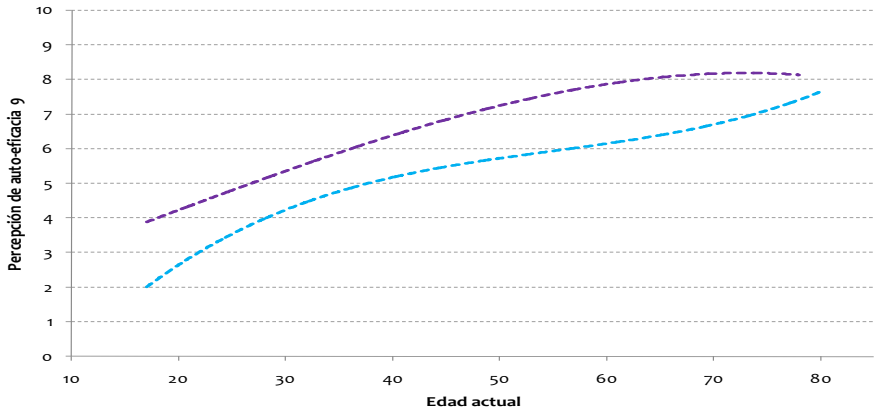


Figura 62. Líneas de tendencia por sexo y edad actual en las puntuaciones de la percepción de autoeficacia 9 (situación de consumo de alcohol)

La figura 63 recoge las puntuaciones según sexo en el factorial 3 del factor de predicción que engloba la pregunta 3 (*"Actualmente no tengo muchos problemas en el trabajo"*) y la pregunta 4 (*"Actualmente no tengo muchos problemas en el plano familiar"*); es decir, refleja la percepción de tener problemas en los campos fundamentales.

Las mujeres están más representadas en las puntuaciones bajas, al contrario de los varones, que lo están en las puntuaciones altas. La puntuación media de los varones es superior a la de las mujeres 3,72±1,35 vs. 3,51±1,42 (p:5,0x10^{-6}).

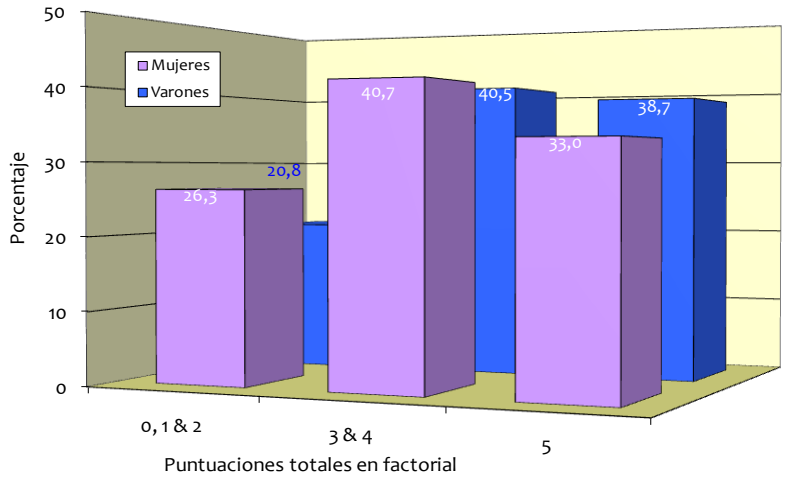


Figura 63. Puntuaciones en el factorial de predicción 3 (ver texto)

La figura 64 recoge las puntuaciones según sexo en el factorial 4de predicción que engloba la pregunta 10 (*"Soy más bien de temperamento tranquilo"*), la pregunta 11 (*"Mi peso es habitualmente estable"*) y la pregunta 12 (*"Estoy con buena moral actualmente"*). Se observa que las mujeres están más representadas en quienes tienden a responder negativamente a estas preguntas. La media de puntuación en el factorial fue superior en varones: 3,57±1,33 vs. 3,05±1,42 (p:2,7x10^{-30}).La OR [y LC95%] de las mujeres respecto a los varones fue de 2,41 [2,05-2,83] (p:7,6x10^{-28}).

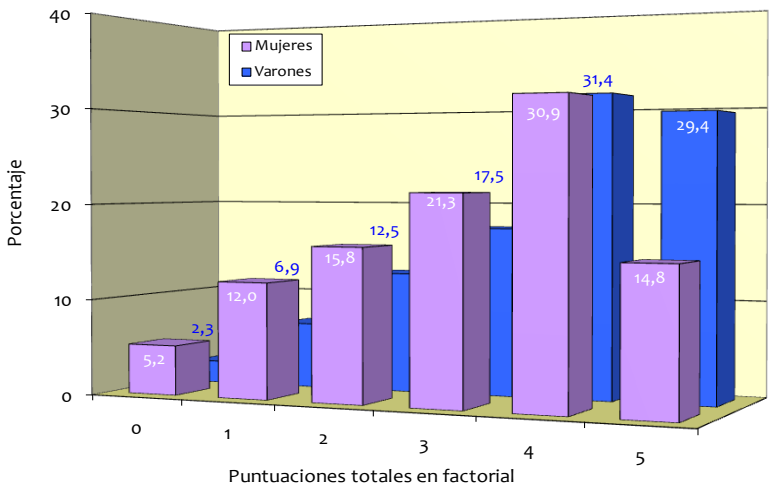


Figura 64. Puntuaciones en el factorial de predicción 4 (ver texto)

La figura 65 recoge las puntuaciones por sexos en el factorial 6 (*actividad boca-mano*)de estímulos antecedentes y consecuentes que engloba las preguntas del test de Russell: 5 (*"Tener un cigarrillo en los dedos es parte del placer que da fumar"*), 10 (*"Fumo para tener algo que hacer con las manos"*) y 22 (*"Fumo para tener algo que ponerme en la boca"*); y la 27 de otras preguntas de antecedentes y consecuentes: (*"Parte del placer de fumar es encender un cigarrillo"*). Se ve que los varones están más representados en la puntuación baja y las mujeres en las altas. La media por pregunta del factorial es 1,24±0,81 en mujeres vs. 1,08±0,81 en varones ($p:2,7x10^{-9}$).

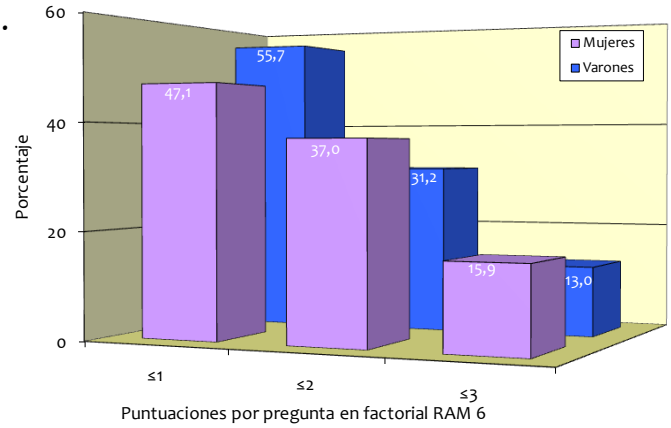


Figura 65. Puntuaciones en el factorial 6 (actividad boca-mano)*de estímulos antecedentes y consecuentes*

La figura 66 recoge las puntuaciones según sexo en el factorial 9 (*varios*)que engloba las preguntas de antecedentes y consecuentes *28 ("Enciendo un cigarrillo cuando hablo por teléfono")*, 39 (*"Fumo más cuando estoy con otra gente"*) y 46 (*"Enciendo un cigarrillo si mis amigos lo hacen"*). Se ve que las mujeres están más representadas en la puntuación más alta y los varones en las puntuaciones más bajas. La puntuación media por pregunta es mayor en las mujeres, siendo las diferencias muy significativas: 1,90±0,82 en mujeres vs. 1,57±0,84 en varones ($p:7,8x10^{-34}$).

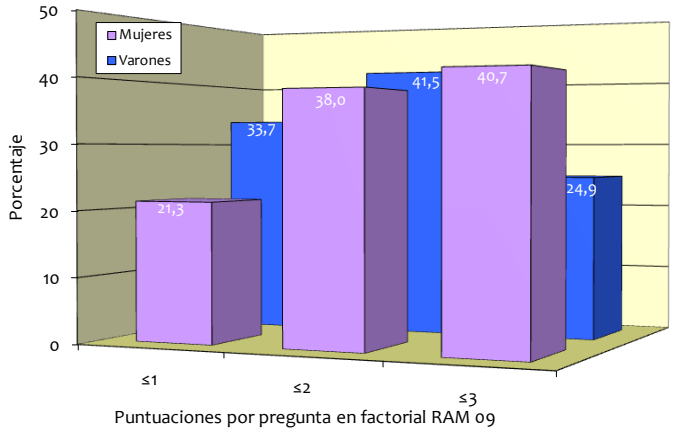


Figura 66. Puntuaciones en el factorial 9 (varios; *ver texto) de antecedentes y consecuentes*

La figura 67 recoge las puntuaciones según sexo en el factorial 10 (*varios*) que engloba las preguntas de antecedentes y consecuentes 30 (*"Suelo fumar cuando tomo alguna bebida alcohólica"*), 43 (*"Me recompenso a mí mismo con un cigarrillo tras cumplir una tarea"*) y 48 (*"Fumo más cuando conduzco"*). Se ve que las mujeres están más representados en las puntuaciones más bajas e intermedias y los varones en las puntuaciones más altas. La media de puntuación por pregunta en el factorial es mayor en los varones: 2,18±0,93 vs. 1,83±0,90,siendo las diferencias muy significativas ($p:8,4x10^{-33}$).

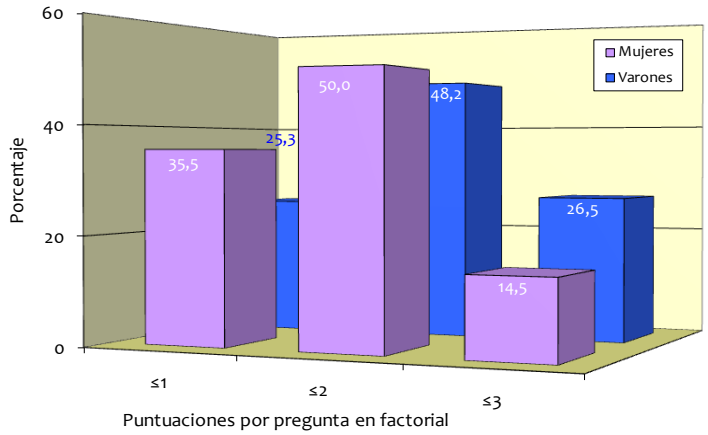


Figura 67. Puntuaciones en el factorial 10 (varios; *ver texto) de antecedentes y consecuentes*

La figura 68 recoge las puntuaciones según sexo en el factorial 2(*mixto*) del test *Locus* de control que engloba las preguntas 1 (*"Si me cuido puedo prevenir las enfermedades"*), 6 (*"Sólo puedo hacer lo que el médico me dice que haga"*), 7 (*"Hay tantas enfermedades extrañas por ahí que uno nunca sabe cuándo puede coger una"*) y 11 (*"Soy directamente responsable de mi salud"*). Este factorial recoge preguntas de los dos componentes del test cuando se divide en interno y externo. En las puntuaciones más bajas están más representadas las mujeres; en la más alta están más representados los varones. La puntuación media por pregunta es ligeramente más alta en los varones: 4,57±0,90 vs. 4,35±0,91 (p:1,85x10^{-12}).

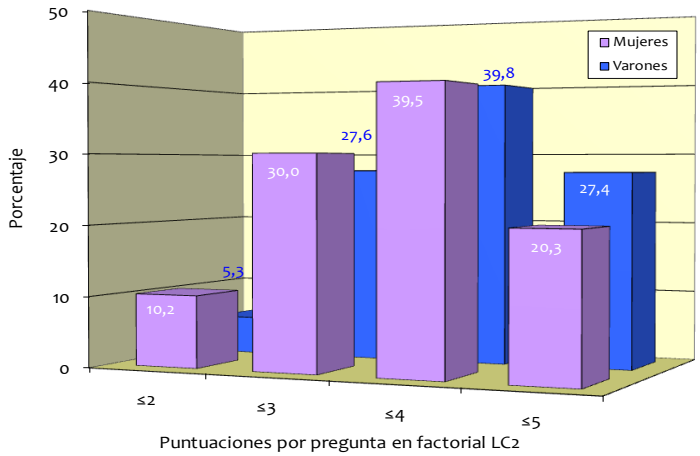


Figura 68. Puntuaciones según sexo en el factorial 2 (mixto) *del test* Locus *de control*

La figura 69 recoge las puntuaciones según sexo en el factorial 3 (*externo*) del test *Locus* de control que engloba las preguntas 2 (*"Cuando me pongo enfermo es por algo que he hecho o que he dejado de hacer"*), 8 (*"Cuando me encuentro mal es porque no he hecho el suficiente ejercicio o no he comido bien"*) y 10 (*"La mala salud de la gente suele resultar de su falta de cuidado"*). Este factorial recoge preguntas del componente interno del test. En las puntuaciones más bajas están más representadas las mujeres, en las intermedias y altas están más representados los varones. Por ello, la puntuación media por pregunta es mayor en los varones: 3,47±1,22 vs. 3,12±1,26 ($p:1,47x10^{-16}$).

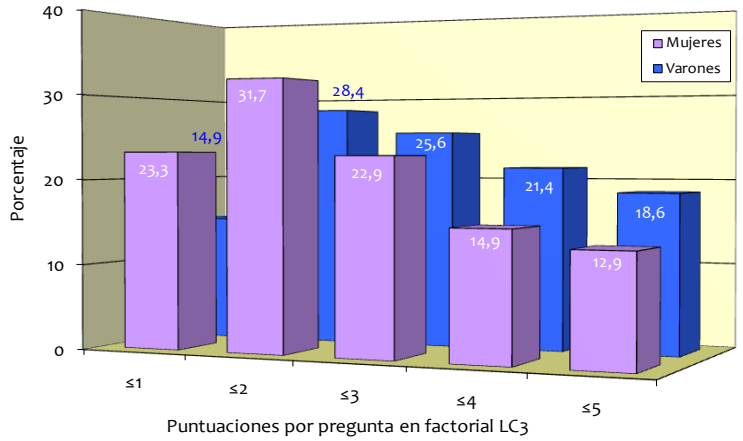


*Figura 69. Puntuaciones según sexo en el factorial 3 (*interno*) del test* Locus *de control*

4.5. RELACIONADAS CON LAS EXPECTATIVAS Y LA DISPOSICIÓN

La figura 70 muestra el grado de dificultad que los pacientes creen que tienen en dejar de fumar. Las mujeres refirieron encontrar algo más de dificultad que los varones: 8,35±1,96 vs 8,04±2,13 ($p:2,1x10^{-6}$); esto supone es un incremento de diferencia de apenas el 4%.

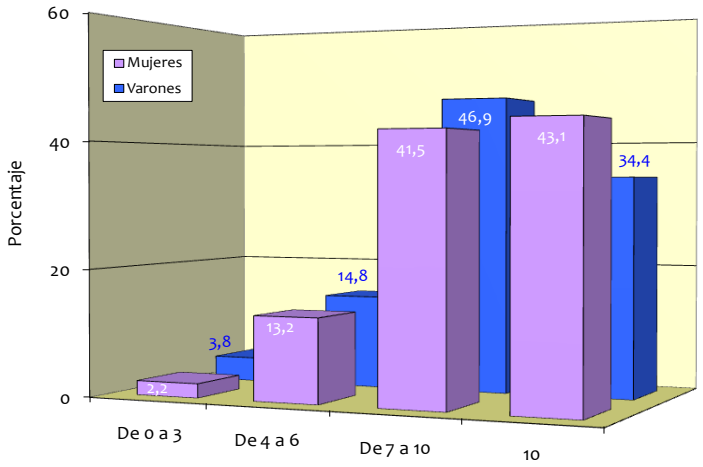


Figura 70. Grado de dificultad percibida para dejar de fumar por sexos

La figura 71 muestra las líneas de tendencia en la dificultad percibida por sexos y edad actual. Las mujeres perciben más dificultad para dejar de fumar y esta percepción de dificultad es mayor en las edades intermedias de la vida.

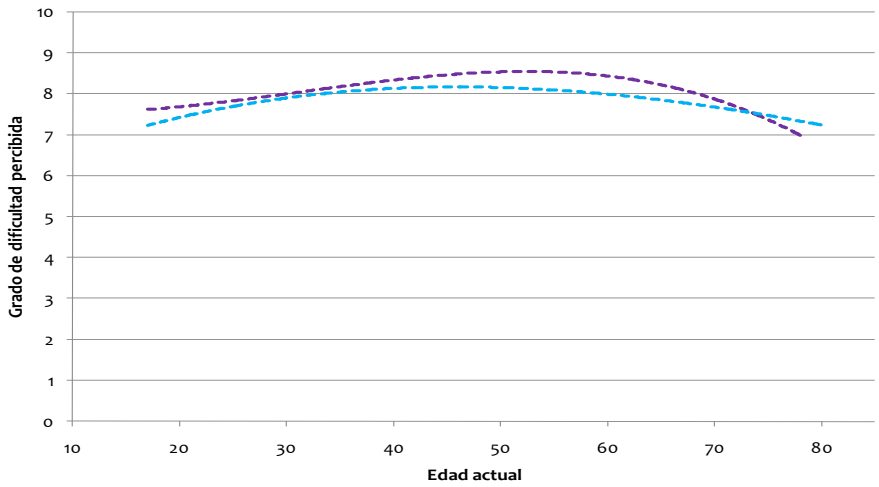


Figura 71. Líneas de tendencia en las puntuaciones del grado de dificultad percibida para dejar de fumar por sexos y edad actual

En cuanto a la posibilidad percibida de poder estar abstinente un año, las diferencias por sexos no fueron significativas: 6,03±2,98 en mujeres y 6,22±2,94 en varones (p:0,052). La figura 60 muestra las líneas de tendencia de esta posibilidad

por sexos y edad actual. La percepción de posibilidad tiende a incrementarse con la edad en el caso de las mujeres.

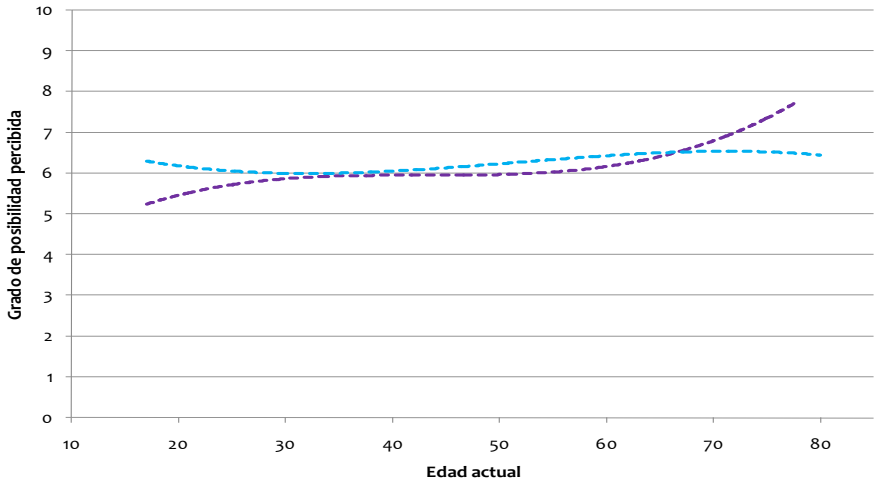


Figura 72. Líneas de tendencia en las puntuaciones del grado de dificultad percibido para dejar de fumar por sexos y edad actual

La figura 73 muestra el grado de apoyo familiar referido según sexos. Los varones refieren más apoyo que las mujeres: 8,52±2,90 vs. 8,20±3,22 (p:0,002); esto supone un 4% de diferencia a favor de los varones.

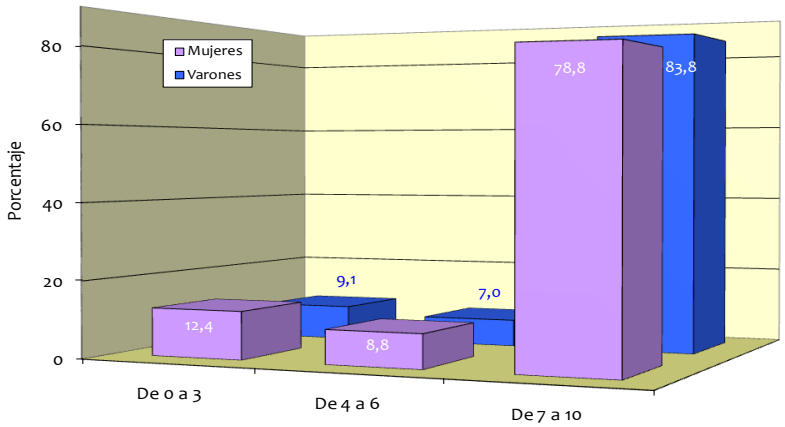


Figura 73. Percepción del grado de apoyo familiar referido

Las líneas de tendencia en el grado de apoyo familiar referido por sexos y edad actual se muestran en la figura 74. El apoyo es similar hasta los 55 años aproximadamente, época en que el apoyo referido tiende a divergir por sexos, siendo menor en las mujeres mayores.

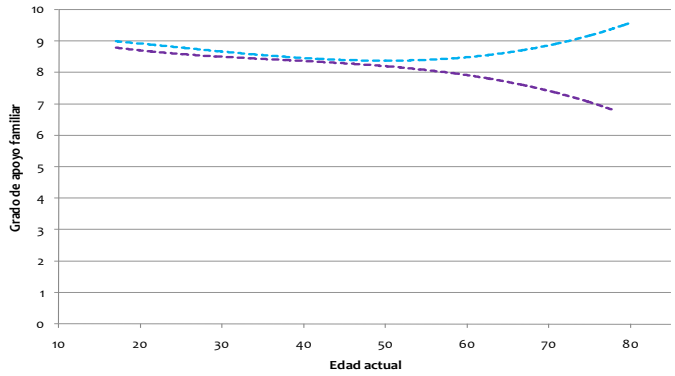


Figura 74. Líneas de tendencia en las puntuaciones del grado de apoyo familiar referido por sexos y edad actual

4.6. RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO

La figura 75 muestra las líneas de tendencia en el número de sesiones a las que acuden por sexo y edad actual. Las mujeres acuden a más sesiones que los varones hasta los 60 años que se invierte la tendencia. El número de sesiones a las que acuden se incrementa con la edad; a mayor edad, más sesiones a las que acuden en ambos sexos. La media del número de sesiones a las que acudieron difiere ligeramente: 4,39±2,70 en mujeres vs. 4,19±2,61 en varones (p:0,017).

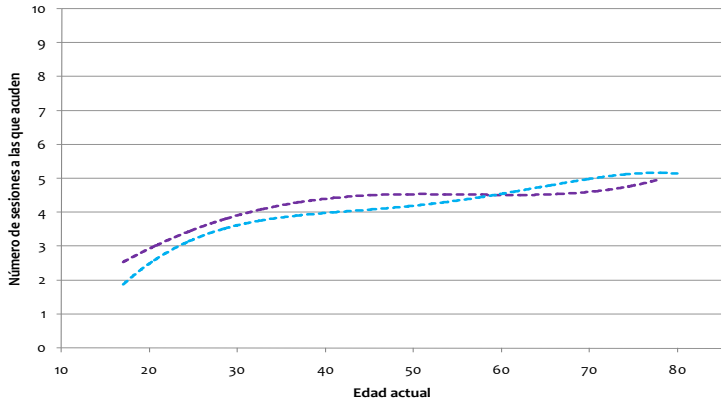


Figura 75. Líneas de tendencia del número de sesiones a las que acuden por sexo y edad actual

V. DISCUSIÓN

Como ya se ha señalado en el apartado de *Métodos*, el presente trabajo analiza las diferencias en cesación entre mujeres y varones en una muestra de 2.052 mujeres (54,4%) y 1.722 varones (45,6%), una vez eliminadas de la misma a las mujeres embarazadas, ya que éstas fueron incluidas en un estudio anterior y presentan características distintas.

La edad media de los pacientes cuando acuden a la Unidad es de 47,8±11,5 años, siendo las mujeres ligeramente más jóvenes: 47,5±11,4 vs. 48,1±11,7.

Se observan diferencias significativas en el hecho de que las mujeres tienen mayor prevalencia de diagnóstico psiquiátrico (39,5% vs. 31,2%) y consumen menos THC (2,5% vs. 6,6%).

1. RESUMEN DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS

No se ha encontrado ni la más mínima diferencia por sexos en la cesación, ni a los seis meses, validada con cooximetría, ni a los doce meses, autodeclarada. Varones y mujeres dejan de fumar en la misma proporción. Las tasas de abstinencia puntual a los 6 meses fueron del 40,35% en mujeres y 41,17% en varones y a los doce meses (32,16% en mujeres y 33,22% en varones).La OR [y LC95%] de cesación al año de las mujeres respecto a los varones fue de 0,95 [0,83-1,09] (p:0,492).

Ajustando por las diversas variables que son predictoras de cesación a los doce meses en la muestra total (diagnóstico psiquiátrico y consumo de THC, puntuaciones en dependencia según el test de Fagerström, puntuaciones en la subescala de depresión del test de Goldberg, disposición a dejar de fumar en el próximo mes, apoyo familiar referido, número máximo de días de abstinencia previos y fármaco utilizado), apenas se encuentran diferencias en la cesación por sexos.

En los factores que se muestran predictores de cesación a los doce meses se observa que son comunes a ambos sexos: tener un diagnóstico de padecer o haber padecido un trastorno psiquiátrico, consumir THC, las puntuaciones en la subescala de depresión del test de Goldberg y el grado de apoyo familiar.

Además de estos factores comunes en ambos sexos, en los varones influye también la puntuación obtenida en el test de Fagerström; y en las mujeres, los días de abstinencia previos y la disposición a dejarlo en un mes cuando se llega a la Unidad.

Sin embargo, sí se observan diferencias en una gran cantidad de variables como:

- el número de cigarrillos fumados (23,6 en mujeres vs. 27,3 en varones)
- la edad de inicio en las mayores de 45 años (19,6 vs. 17,2)
- la subescala de depresión del test de Goldberg, tanto en cribaje (1,5 en mujeres vs. 1,3 en varones) como en el total (3,1 vs. 2,6)
- la subescala de ansiedad del test de Goldberg tanto en cribaje (2,2 en mujeres vs. 1,9 en varones) como en el total (4,7 en mujeres vs. 4,1 en varones)
- las puntuaciones del test de estrés percibido que componen el factor *"estrés positivo"* (10,1 en mujeres vs. 10,5 en varones) y en las que componen el factor *"estrés negativo"* (11,9 en mujeres vs. 10,4 en varones)
- las preguntas de antecedentes y consecuentes que tienen relación con el fumar asociado a estados de ánimo negativos (9,7 en mujeres vs. 8,7 en varones)
- las preguntas de autoeficacia que tienen que ver también con la asociación entre la conducta de fumar y los estados de ánimo negativos (30,2 vs. 28,0); así como en otros componentes del análisis factorial como el factor peso (0,8 en mujeres vs. 0,5 en varones).

2. LIMITACIONES

Este estudio presenta una serie de limitaciones que deben ser tenidas en cuenta al analizar sus resultados.

La primera es que se trata de un estudio observacional con la posible vulnerabilidad al efecto de los factores de confusión, hecho que se intenta minimizar utilizando un análisis multivariante. Al no ser un ensayo clínico controlado, la causalidad de las asociaciones propuesta tiene menor fuerza.

La segunda de las limitaciones que se puede atribuir al trabajo es que no consta la adherencia de los pacientes a los tratamientos prescritos. En el caso de los parches esto se podía haber obviado analizando las concentraciones plasmáticas o salivares de cotinina. Es frecuente encontrar una baja adhesión a la prescripción farmacéutica en población general (Hyland et al., 2006; Burns & Levinson, 2008; Salvador & Ayesta, 2009; Balmford et al., 2011; Esteban, 2016).

Una tercera limitación es que, al tratarse de una unidad especializada a la que son derivadas personas fumadoras siguiendo unos criterios de derivación protocolizados (ver III. Métodos), los resultados obtenidos pueden no ser totalmente extrapolables a la población general, ya que su consumo puede presentar alguna diferencia relevante respecto a las personas que se considera necesario que reciban un tratamiento más intensivo.

Una cuarta limitación es la falta de confirmaciòn de la abstinencia por cooximetría u otros marcadores biológicos a los doce meses, no obstante según las directrices de la *Society for Research on Nicotine and Tobacco* (SNRT, 2002), la abstinencia declarada puede considerarse válida en este tipo de estudios y la mayoría de publicaciones que revisan la validez de la auto-declaración de abstinencia señalan que el porcentaje de falsos negativos es inferior al 10% (Barrueco et al., 2005). Por ello se estima que la fiabilidad de la respuesta es habitualmente elevada y debe ser tenida en cuenta (Barrueco et al., 2005; Carreras et al., 2007) máxime cuando al finalizar los grupos los resultados de la cooximetría y la autodeclaración concuer-

dan plenamente y se mantiene el vínculo terapéutico.La evolución de la curva del curso temporal de la abstinencia de los seis a los doce meses que se observa en todas las circunstancias refrenda que los datos de los doce meses obtenidos en la autodeclaración son fidedignos en su mayor parte.

3. AUSENCIA DE DIFERENCIAS EN LA CESACIÓN

3.1. EN NUESTRO ESTUDIO

En el presente estudio, con una muestra de 3774 personas fumadoras atendidas en la Unidad encontramos diferencias en casi todas las variables analizadas, excepto en cesación, que no se encuentra ninguna diferencia.

Llama la atención la no existencia de diferencias en cesación. Hay diferencias en casi todas las variables excepto en la variable clave del estudio, la que de verdad importa, que son las tasas de abstinencia al cabo de un año. No sólo no se encuentran diferencias en cesación a los doce meses, sino a lo largo de todo el curso temporal en donde mujeres y varones se comportan de forma homogénea.

Que no haya diferencias en un momento temporal concreto (a los doce meses) podría deberse a la casualidad o a una serie de factores heterogéneos. El hecho de que tampoco haya diferencias en las tasas de cesación en ninguno de los otros siete momentos temporales en los que se ha medido la abstinencia (desde el día D hasta el sexto mes) ni en los porcentajes de recaídas en ninguno de los periodos analizados (tabla 7) induce a pensar que la casualidad no es la responsable de esta homogeneidad: no es sólo que no hayamos encontrado diferencias, sino que probablemente no las hay.

Además cuando se analiza la cesación ajustando por los factores que en el total de la muestra se han mostrado predictores de cesación a los doce meses (Martín, 2016) , se observa que sigue sin haber diferencias. Así:

A) Cuando se ajusta **por edad** (ver figuras5 y 6), se ve que no hay diferencias por sexos entre las diversas edades. Del mismo modo, cuando se realiza este mismo análisis **excluyendo del mismo a las personas que consumen THC** (ver figuras17 y 20), las cesaciones por edad se homogenizan notablemente, desapareciendo las pocas diferencias -no significativas- que había: no existe ni la menor diferencia en las tasas de cesación a los doce meses por sexos entre los mayores de 30 años ni tampoco entre los de edad igual o menor de 30 años; así mismo, ninguna de las diferencias en el curso temporal de los más jóvenes es significativa.

B) En cuanto a la evolución temporal de la abstinencia se tenga o no un **diagnóstico de patología psiquiátrica y se refiera consumir THC** (independientemente de que tengan o no un diagnóstico psiquiátrico), no hay diferencias entre varones y mujeres en las tasas de cesación a los doce meses(figuras 22 y 23). Al dividir la muestra en tres grupos en virtud de si tienen un diagnóstico psiquiátrico o de si consumen THC, no existen diferencias por sexos en ninguno de los tres grupos:

- en ausencia de patología psiquiátrica, están abstinentes a los doce meses un 36,2% de las mujeres frente a un 37,8% de los varones,
- en presencia de diagnóstico psiquiátrico, están abstinentes a los doce meses un 27,0% de mujeres y un 27,0% de varones,
- en el grupo que consume THC, un 12,0% de mujeres y un 13,1% de varones están abstinentes al año.

C) De manera similar, cuando se ajustan los resultados en las tasas de cesación a las puntuaciones obtenidas en el **test de Fagerström (FTND)**(figura 24),se observa que la cesación es inversamente proporcional a las puntuaciones en dicho test y que no existe ninguna diferencia por sexos con las puntuaciones más bajas (0-4) y con las puntuaciones medias (5-7).

Sin embargo, en las puntuaciones más altas (8-10) se observa cómo, a partir del tercer mes, las curvas empiezan a divergir, alcanzándose una diferencia significativa a los 12 meses, en el que las tasas de cesación son 27,5% en los varones y 21,3% en las mujeres (ver figura 25c). Las mujeres que puntúan 8-10 en el FTND tienen que tener alguna característica particular que las diferencia. El análisis de la curva muestra que esta diferencia en las tasas de cesación a los doce meses entre mujeres y varones en estas puntuaciones es algo tendencial y no meramente causal.

No está claro por qué se comportan peor, las mujeres con puntuaciones altas se comportan peor que los varones en las mismas circunstancias. Estas mujeres fuman de media 32,4 cig/d frente a los 19,6 cig/d que fuman las mujeres con menor puntuación en el FTND ($p:1,36x10^{-176}$);mientras en el resto de la muestra el diagnóstico de patología psiquiátrica en mujeres es de 34,7%, en éstas es 49,8% ($p:5,4x10^{-11}$); y sus puntaciones en la subescala de depresión del test de Goldberg, tanto en el cribaje como en el total, son un 42,5% más altas. Estas tres diferencias, junto con una mayor ansiedad y el hecho de haber empezado a fumar a diario 17 meses antes que sus coetáneas con menor puntuación en el FTND, podrían explicar el peor comportamiento en las tasas de cesación a los doce meses. Aunque estas diferencias se ven también en los varones, tienden a ser algo menores (10 puntos porcentuales menos en el diagnóstico de patología psiquiátrica, 2 puntos menos en el test de estrés percibido y medio punto menos en la subescala de depresión del test de Goldberg).

D) Al ajustar por la puntuación en la **subescala de depresión del test de Goldgerg** (figura 26),se observa que tampoco hay ni la más mínima diferencia en las tasas de cesación entre varones y mujeres con las mismas puntuaciones. También se aprecia que, lógicamente, las personas con puntuaciones más bajas en dicha subescala presentan mayores tasas de cesación a los doce meses.

E) Cuando se mira la **disposición a dejar de fumar**, tampoco existe ni la más mínima diferencia en la cesación a los doce meses entre las mujeres y los

varones que referían estar dispuestas a dejarlo en el próximo mes en el momento de llegar a la Unidad: 33,9% y 32,7%, respectivamente(ver figura 27). Muchas de las personas que al llegar a la Unidad referían no estar dispuestas a hacer un intento de cesación en los próximos 30 días comenzaron a dejar de fumar; en ellas se aprecian unas ligeras diferencias a lo largo del curso temporal entre varones y mujeres que disminuyen a los doce meses (18,9% y 22,4%, respectivamente)y que en ningún caso son significativas.

F) Cuando se ajusta por la **percepción de apoyo familiar**(ver figura 28), no hay diferencias significativas por sexos ni en quienes refieren tener más apoyo familiar (35,2% en varones vs. 33,8% en mujeres) ni en quienes tienen la percepción de sentirse menos apoyados familiarmente (22,2% en varones vs. 25,1% en mujeres).

G) Al ajustar las tasas de cesación por el hecho de haber **estado al menos un mes abstinente previamente**(ver figura 30), tampoco hay diferencias significativas entre varones y mujeres: ni en los que habían estado un periodo mayor abstinente (34,8% vs. 37,9%, respectivamente) ni en los pacientes que, como mucho, habían estado un mes abstinentes con anterioridad (29,6% en varones y 25,2% en mujeres).

En cambio, sí se observan diferencias en toda la evolución temporal de la abstinencia en quienes nunca referían haber intentado antes dejar de fumar previamente(ver figura 31). Aquí los varones tienen tasas de cesación significativamente mayores en varios momentos del curso temporal y, en concreto, a los doce meses: 38,3% frente a 28,6%.

Como consecuencia de ello, en las mujeres las que tienen mayores tasas de cesación son las que habían conseguido estar más de un mes abstinentes previamente, siendo similares las tasas de quienes habían conseguido estar abstinentes previamente menos tiempo y las de quienes no lo habían intentado. En cambio, los varones que no lo habían intentado se comportan de

manera similar a quienes ya habían estado más de un mes sin fumar previamente, aunque entre estos tres grupos de varones las diferencias son bastante menores y no significativas.

Este es el único punto del estudio que, aunque no de gran intensidad, realmente se observan diferencias entre varones y mujeres: cara a la cesación los varones que nunca lo habían intentado se comportan mejor que las mujeres que referían no haber realizado ningún intento previo de cesación.

H) Cuando se ajusta por el **fármaco pautado para la deshabituación**(ver figura 34) tampoco hay diferencias significativas entre varones y mujeres que usan el mismo fármaco. Las diferencias son nulas con vareniclina y parches y algo mayores con bupropión pero, como en este caso la muestra es mucho menor, las dispersiones son bastante mayores y las diferencias no son en absoluto significativas. Por otro lado, como ya está descrito (Esteban, 2016; Martín, 2016), las tasas de abstinencia conseguidas con vareniclina son superiores a las obtenidas con los parches.

Por todo lo comentado anteriormente, se podría concluir que, no sólo no se aprecian diferencias en las tasas de cesación entre mujeres y varones, sino que éstas probablemente no existen y que, cuando alguien las encuentra, presumiblemente se deban a no haber descartado alguna de las variables confusoras con efecto en la cesación, algo que tiene la gratificación adicional de hacer más fácilmente publicable los resultados.

3.2. OTROS QUE NO LAS ENCUENTRAN

Ya en 1984, en un artículo que se titulaba *"¿Es realmente más difícil dejar de fumar para las mujeres?"*, Martin Jarvis alertaba que las diferencias en cesación por sexos que se encontraban podían deberse fundamentalmente a que no se tenía en cuenta el tipo de tabaco que era consumido, ya que las mujeres fumaban casi

exclusivamente cigarrillos y un porcentaje no despreciable de varones consumían también otras labores de tabaco (Jarvis, 1984). Utilizaba en su análisis datos poblacionales de Gran Bretaña y de EEUU.

Diez años más tarde, en un artículo que llevaba por título *"Diferencias por sexos en la cesación: ¿mito o realidad?"*, este mismo autor volvía sobre el tema y concluía que no eran reales las diferencias por sexos que se pensaba que existían y que se publicaban en diversos artículos (Jarvis, 1984;Jarvis & Jackson, 1988; Surgeon General, 1988; Thomas et al, 1992; Bartecchi et al, 1994)y que eran muy aireadas por los medios de comunicación social de la época, algo que ocurre aún hoy en día.

A esta conclusión llegó al analizarlos datos de la población británica desde 1988 a 1992. En los datos de las encuestas de salud encuentra que, aunque había unas ligeras diferencias en las tasas de cesación entre mujeres y varones, estas no eran significativas (38%, 39% y 42%según año de la encuesta en mujeres frente a 41%, 43% y 45%en varones). Cuando se miraba la OR ajustada de las mujeres frente a los varones de permanecer abstinentes al cabo de un año se veía que había diferencias en las tasas de cesación en los distintos grupos de edad; en los grupos de edad más jóvenes dejaban más de fumar las mujeres (16-25 años OR: 1,08; IC del 95%: 0,87-1,35; 26-35 años OR: 1,26; IC del 95%: 1,07-1,49 y; 36-42 años OR: 1,33; IC del 95%: 1,11-1,59) y, por el contrario, en los grupos de mayor edad eran los varones los que más dejaban de fumar (43-50 años OR: 0,99; IC del 95%: 0,84-1,17; 51-57 años OR: 0,63; IC del 95%: 0,52-0,76 y; 58-64 años OR: 0,82; IC del 95%: 0,68-1,01). En definitiva, encontraba que la edad influía notablemente en la cesación diferenciada por sexos y señalaba que este era otro de los factores que debía tenerse en cuenta (Jarvis, 1994).

Diecinueve años más tarde (Jarvis et al., 2013), a raíz de que el debate sobre las diferencias entre mujeres y varones en cesación tabáquica continuaba en algunos medios científicos y de difusión general, Jarvis vuelve a publicar otro artículo: *"Desmontando mitos sobre las diferencias de género en cesación: datos de USA,*

Canadá y Gran Bretaña". En éste analiza los datos de las encuestas de salud de EEUU, Canadá y Gran Bretaña, llegando a las mismas conclusiones.

Aunque la proporción de personas que habían dejado de fumar fue mayor en los varones que en las mujeres en USA (CDC, 1994) y las mujeres atendidas en los Servicios para dejar de fumar del Sistema de Salud Nacional del Reino Unido tenían menos éxito en la cesación que los varones (Broseet al., 2011), cuando se ajustan las OR por edad, sexo y tipo de tabaco consumido, estas diferencias desaparecen. Se observa que las tasas de cesación de mujeres frente a los varones fueron: 50,7% vs. 48,8% en EEUU ($p<0.05$), 57,5% vs 56,9%, en Canadá y 50,7% vs 52,4% en el Reino Unido.

Los resultados de este artículo son importantes, porque: 1) sólo consideran ex-fumadores a quien refiere llevar más de un año sin fumar; 2) recogen datos de la última década de tres países diferentes y con gran población; 3) estos datos se basan en sus principales encuestas nacionales y, por consiguiente, son extrapolables a su población general.

En concordancia con nuestros resultados, una revisión que examina en ocho estudios los factores de predicción en la cesación entre mujeres y varones(Vangeli et al., 2011) encuentra que en siete de ellos no hay diferencias (Hellman et al., 1991; West et al., 2001; Hyland et al., 2006; Hagimoto et al., 2009; Zhou et al., 2009; Li et al., 2010; Li et al., 2011) y que en el otro las mujeres tenían más probabilidades de conseguir la cesación (Fidler& West, 2011). El meta-análisis de los resultados combinados no encuentra asociación entre el sexo y el hecho de hacer un intento de abandono (OR:1,13, IC del 95%; 0,99-1,30) ni entre el sexo y conseguir dejar de fumar (OR: 1,04; IC del 95%; 0,88-1,23).

Rahman et al. (2015) en un meta-análisis de ocho estudios de pacientes con enfermedad coronaria tampoco encuentra diferencias entre varones y mujeres en la tasa de recaída (OR: 1,07; IC del 95%; 0,95-1,21). Las prevalencia de mujeres era

relativamente baja y la tasa de recaída fue alta en ambos sexos tras un diagnóstico o la hospitalización por enfermedad coronaria.

3.3. OTROS ENCUENTRAN DIFERENCIAS EN CESACIÓN

Sin embargo hay muchos artículos que encuentran diferencias en cesación entre mujeres y varones. Se han referido diferencias en cesación entre varones y mujeres en diversos estudios poblacionales (CDC, 1994 en EEUU y Broseet al., 2011 en el Reino Unido) y en otras de seguimiento Hymowitz et al., 1997; Osler et al., 1999; Ucar et al. 2014; Stevens et al., 2015), así como en diversos ensayos clínicos (Wetter et al., 1999; Bohadana et al., 2003; Collins et al., 2004; Scharf et al., 2004; Kralikova et al., 2013), con diversos fármacos y modalidades de tratamiento (Fortmann & Killen, 1994; Bjornson et al., 1995; Wetter et al., 1999; Scharf & Shiffman, 2004; Poulsen et al., 2015).

Publicaciones como éstas, han llevado a algunos autores a concluir que, generalmente, las mujeres tienen menos éxito para dejar de fumar que los varones, algo que suele conllevar que los resultados puedan ser publicados en revistas de mayor impacto, lo cual a su vez facilita la obtención de financiación para los proyectos. Esto presenta la ventaja adicional de tener habitualmente mucho mayor eco mediático.

Como se ha descrito, de manera no exhaustiva, al principio de este apartado son bastantes los estudios que encuentran diferencias entre varones y mujeres en cesación, así como en muchas otras variables que intervienen en el proceso de dejar de fumar. A continuación se comentan brevemente cuatro de los más recientes, dos en cada sentido.

En consonancia con lo descrito con anterioridad, Wu et al. (2015), en Taiwán, encuentran que las mujeres eran significativamente menos propensas que los varones a dejar de fumar tanto al cabo de un año(OR: 0,64 [0,41-0,99] p:0,044)

como tres años después (OR: 0,44 [0,27- 0,74] p:0,02). Debe tenerse en cuenta que en Taiwán fuman un 39% de los varones y un 5% de las mujeres; en las sociedades donde la prevalencia del consumo femenino es muy inferior, el hecho de que las mujeres fumen podría estar asociado a rasgos de personalidad y conducta (mayor impulsividad, menor normatividad,…), así como a un estigma social, que haría las poblaciones no comparables. De hecho, Hsueh et al. (2014), también en Taiwán, encuentran lo mismo, pero observan que la significación de las diferencias desaparece al ajustar por variables confusoras.

Del mismo, Smith et al. (2015) refieren que las mujeres tenían un 31% menos de probabilidades de dejar de fumar con éxito que los varones (OR: 0,69; IC del 95%: 0,51-0,94), aunque cuando analizaban la eficacia de los fármacos por sexo, encontraban que las mujeres que dejaban menos de fumar eran las que no utilizaban tratamiento farmacológico: 13% de mujeres vs. 20% de varones (OR: 0,59; IC del 95%: 0,39-0,90), no habiendo diferencias en las tasas de cesación entre ambos sexos cuando se utilizaba farmacología (OR: 0,73; IC del 95%: 0,46-1,16). El uso del parche de nicotina (23,1% en mujeres vs. 19,4% en varones; p:<0,001) y vareniclina (11,9% en mujeres vs. 10,0% en varones; p:0,005) contribuyó a elevar las tasas de abstinencia entre las mujeres que, sin embargo, siguieron siendo menores que las de los varones (16,8% vs. 22,2%; p:0,009). Concluyen que las mujeres pueden tener más dificultades para dejar de fumar que los varones y el uso de farmacología para dejar de fumar ayuda a atenuar estas diferencias. En relación con esto, Kasza et al. (2013), en un estudio poblacional que engloba a cuatro países anglosajones (EEUU, Canadá, Australia y Reino Unido), encuentra que los varones utilizan menos la medicación para dejar de fumar.

Contrario a todo lo anterior, también hay autores que refieren que son las mujeres las que tienen mayores tasas de abstinencia. Una intervención llevada a cabo en un centro de salud de Atención Primaria en la ciudad de Santander encuentra que la tasa de cesación que se consigue en mujeres es algo superior a la de los varones, algo que se observa independientemente de que exista o no historia de

patología psiquiátrica (figura 76). Aunque la tasa de abstinencia es ligeramente superior en mujeres que en varones (43,1%vs.35,1%), las diferencias no fueron estadísticamente significativas(OR: 1,52; p:0,131) en el análisis multivariante; sin embargo, el sexo entraba en el modelo final predictor (Gutiérrez-Bardeci et al., 2013).

Del mismo modo, Tabuchi et al. (2016) también encuentra diferencias por sexos en Japón, describiendo que –asociado a un incremento en la percepción nacional de riesgo- las tasas de cesación aumentaron significativamente de 2007 a 2010: del 3,7% al 10,7% para los varones y del 9,9% al 16,3% para las mujeres. Se comprueba que las tasas de cesación eran más altas en mujeres en 2007 y también lo seguían siendo tres años más tarde. Esto está en concordancia con el artículo Fidler y West (2011), citado en 3.2, que también encontraban mayores tasas de abstinencia en mujeres.

3.4. POR QUÉ OTROS ENCUENTRAN DIFERENCIAS EN CESACIÓN

Son diversas las razones que pueden justificar por qué hay quien se encuentra diferencias en la cesación por sexos.

En el caso de los ensayos clínicos en que es relativamente frecuente encontrar tasas más altas de abandono en los varones que en las mujeres, es importante reconocer que la población reclutada puede no ser representativa de la población general.

De hecho, la mayoría de las personas fumadoras no buscan ayuda formal para dejar de fumar y la mayor parte de las cesaciones en una población ocurren sin ayuda profesional (Smith & Chapman, 2014). Dado que está descrito que los varones son menos propensos que las mujeres a acudir a los programas de tratamiento, esto aumenta la probabilidad de que solicitar ayuda no sea tan representativo en varones como en mujeres en general. Adicionalmente, los

varones fumadores jóvenes, entre los cuales la ventaja femenina en cesación es más evidente, tienden a estar sub-representados en los ensayos clínicos.

La diferencias por sexos en la cesación espontánea según la edad es un hecho que viene comprobándose en todas las cohortes recientes españolas, así como en las de los otros países de nuestro entorno. Las encuestas de Sanidad de los últimos 20 años (Jarvis et al., 2013) muestran cómo el consumo de tabaco es siempre más prevalente en las adolescentes mayores y las mujeres jóvenes (hasta aproximadamente los 30 años), pero que a partir de esta edad la prevalencia sistemáticamente se invierte en todas las cohortes y en las personas mayores de 35 años la prevalencia de consumo masculino es siempre superior. Esto claramente indica que la cesación en las mujeres adultas jóvenes (probablemente a raíz de embarazarse o intentar hacerlo) es muy superior. Dado que la mayor parte de estas cesaciones son "espontáneas" (sin ayuda formal), esto sesga a la población restante: las mujeres que quedan pueden no ser comparables a todo el resto de varones.

También podría darse el caso de que las mujeres fumadoras pudiesen hacer más intentos de cesación, pero tener relativamente menos probabilidades de dejarlo, dándose la paridad total en cesación con los varones. Sin embargo, esto probablemente no sea muy relevante, ya que un meta-análisis sobre factores asociados a la cesación tabáquica no encontró diferencias de género en cualquiera de los intentos de abandono o su probabilidad de éxito (Vangeli et al., 2011).

Las diferencias de edad en la cesación pueden reflejar la historia natural de dejar de fumar a través del curso de la vida, pero también reflejan diferentes patrones en las cohortes cuya experiencia de vida ha sido muy diferente: la persona que hoy intenta la cesación con 60 años no tiene porqué ser igual en sus características a cómo serán a los 60 años las personas que están ahora en sus 20 años.

De la misma manera que, como se ha comentado en el artículo de Wu et al. (2015) de Taiwán, cuando hay altas diferencias por sexo en las prevalencias de consumo,

las poblaciones de cada sexo pueden no ser homogéneas si cuando se empezó el consumo había esas diferencias.

Por ello, las diferencias entre las mujeres y los varones en las personas adultas de mayor edad son especialmente difíciles de interpretar, sobre todo porque las mujeres fumadoras de mayor edad, han empezado a fumar varios años más tarde que sus coetáneos varones (Jarvis, 1994). Esto es también lo que hemos observado en nuestra muestra. En los mayores de 45 años existe una gran diferencia por sexos en las edades de inicio al consumo, diferencia que es mayor cuanto más edad tienen estas personas. Nosotros no hemos encontrado diferencias, pero un estudio transversal más pequeño –o que realice una intervención menos intensiva- podría encontrarlas.

Adicionalmente, debe tenerse en cuenta que las personas que han muerto de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco no están ya disponibles para la encuesta. Dado que, por su mayor consumo en el pasado, los varones en los países occidentales son más propensos a morir por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, los varones nunca fumadores pueden estar hiperrepresentados de forma sistemática en las muestras de la encuesta, ya que estas muestras recogen datos de los sobrevivientes, en lugar de recopilar los datos de todas las personas nacidas en determinados años. Esta pérdida diferencial de los varones fumadores de la muestra podría ser un factor importante que explica la mayor tasa de abandono masculina evidente en los grupos de mayor edad en estudios poblacionales.

Todo esto podría explicar por qué en los estudios poblacionales antiguos es donde se encontraban fundamentalmente las diferencias por sexo y en la actualidad esto tiende a encontrarse menos (en las sociedades occidentales).

Otro factor a tener en cuenta es que nuestro estudio se realiza en una Unidad especializada, en la que se aplican intervenciones muy intensivas. Es posible que las personas de uno u otro sexo tiendan a responder diferenciadamente a

intervenciones menos intensivas, en los que algunos factores asociados a la conducta de fumar no son profundizados sistemáticamente. Así, ya hace más de una década, Bohadana et al. (2003) describieron que aunque las mujeres tendían a puntuar menos que los varones en test como el FTND (que puede sobrevalorar el número de cigarrillos que se fuma), tendían en cambio a puntuar más en casi todos los componentes que caracterizan a la dependencia nicotínica, encontrándose casi siempre diferencias cuando en la intervención los profesionales se limitaban a dar consejos breve y prescribir parches.

Esto concuerda con lo encontrado en nuestro trabajo: las mujeres puntúan menos en el test de Fagerström abreviado, pero más en dos de las otras preguntas. De la misma manera, en la valoración funcional se observa que todo lo asociado con los componentes de sedación (fumar asociado a estados de ánimo negativo) es más relevante en mujeres, tanto en antecedentes y consecuentes como en la percepción de autoeficacia. Lo mismo es aplicable a la relevancia del factor peso e imagen.

No debe descartarse tampoco la influencia de los terapeutas. Se ha descrito que son el principal factor predictor de cesación en las intervenciones (Brose et al., 2011), algo que se observa también en la práctica clínica habitual de otros trastornos adictivos. Es factible que algunas personas puedan tener lo que habitualmente se denomina "más mano" con determinados colectivos (sean jóvenes, minorías étnicas, pacientes depresivos, varones, o lo que sea), lo cual puede acabar influyendo en que se obtengan distintas tasas de cesación según la variable que se analice.

Cualquiera que sea la explicación de la diversidad de los hallazgos entre entornos clínicos y en muestras poblacionales, es importante reconocer que las conclusiones sobre el abandono del tabaco en los varones y las mujeres en general, deben estar basadas en la evidencia de la población en general y no de las muestras atípicas encontradas en los ensayos clínicos.

Nuestro estudio ha encontrado evidencia de que los varones en general no son más propensos a dejar de fumar que las mujeres y que, como ha venido señalando Jarvis (1984, 1994 y 2013), la desventaja femenina en este aspecto es un mito. El mito de la desventaja femenina en dejar de fumar es negativo para las mujeres. Si las mujeres, especialmente las mujeres jóvenes, son engañadas en la creencia de que son menos propensas a dejar de fumar que los varones, podría socavar su confianza en dejar de fumar y fomentar una profecía auto-cumplida es decir, tener una falsa creencia que, directa o indirectamente, lleva a su propio cumplimiento. También es malo para los varones, ya que pueden injustificadamente sentir que, aunque dejar de fumar es difícil, son más hábiles para hacerlo que las mujeres.

Adicionalmente, esto es un factor negativo para los estereotipos de género, es negativo también para los terapeutas de cesación, que tienen que estar dotados de conocimientos precisos para ayudar a las personas fumadoras. Por último, es malo también para los gestores de salud, ya que pueden ser inducidos a error en el diseño de intervenciones para un problema que realmente no existe en lugar de dedicarlos a los muchos otros desafíos reales para conseguir aumentar las tasas de cesación en las personas fumadoras.

4. DIFERENCIAS POR SEXOS EN LOS PREDICTORES DE CESACIÓN

En relación a los factores predictores de cesación no se observan grandes diferencias entre varones y mujeres, aunque sí hay algunas, especialmente en los factores que inciden en la probabilidad de estar abstinente el día D.

Cuatro variables se muestran predictores comunes de la cesación a los 12 meses:

- El grado de apoyo referido, cuya influencia es algo mayor en las mujeres que en los varones (5,5, vs. 2,8 por punto de la escala).

- La puntuación en la subescala de depresión de Goldberg, que disminuye por punto las probabilidades de estar abstinente al año un 9% en mujeres y un 6% en varones.

- La presencia de patología psiquiátrica, que disminuye las probabilidades de estar abstinente al año un 13% en mujeres y un 30% en varones.

- El consumo de cannabis que disminuye por un factor de dos tercios en ambos sexos las probabilidades de estar abstinente al año.

Adicionalmente, el FTND se muestra predictor negativo en varones y la abstinencia previa y la disposición a dejarlo en un mes (referida el primer día que se llega a la Unidad) predictoras negativas en mujeres.

La influencia de estos factores está descrita en su mayor parte en la literatura (Vangelis et al., 2010). Llama la atención la importancia de la percepción de apoyo familiar, que influye de manera significativa -tanto en varones como en mujeres- no sólo en la medida final a los 12 meses, sino también en las probabilidad de comenzar el intento (de estar abstinente el día D) y en las de recaer una vez que se estado abstinente el día D; el peso del factor es mayor en mujeres en los tres periodos .

Como factores que influyen en que se recaiga una vez que se ha comenzado el tratamiento destacan en ambos sexos destacan los cuatro mismos citados anteriormente (aunque la depresión no parece influir aquí en varones) y, también la puntuación en el FTND, donde en ambos sexos se observa un 10% más de probabilidades de recaer por punto en la escala. Es algo lógico, ya que propiamente la dependencia se manifiesta en la mayor probabilidad de recaída (Ayesta & Rodríguez, 2006).

Los factores predictores de conseguir estar abstinente el día D varían notablemente por sexos, no encontrándose un patrón homogéneo. No obstante, esta es una variable nueva, descrita por primera vez en estas cohorte (ver Martín, 2016) y su validez requiere aún validación.

Como diferencias más claras entre varones y mujeres entre las variables destaca, por una parte, el tiempo máximo de abstinencia conseguido en intentos previos que, como se ha observado gráficamente en el punto 2.8 de los resultados, no influye prácticamente en los varones y sí lo hace en todas las fases de la cesación en las mujeres (tablas 8, 10 y 12).

Por otro lado, se observa que la puntuación en la escala de depresión influye más en mujeres: algo más cuantitativamente y en todas las fases del proceso. Por el contrario, la puntuación en el FTND parece influir más en varones, quizá por el peso que tiene el consumo de cigarrillos en este test.

5. DIFERENCIAS POR SEXOS POTENCIALMENTE RELEVANTES EN EL ABORDAJE CLÍNICO

Pese a que en nuestro estudio no se encuentran diferencias por sexos en las tasas de cesación, sí que se observa que mujeres y varones difieren en una gran cantidad de variables (tablas 8-13), algunas de las cuales podrían tener relevancia cara al abordaje clínico.

5.1. VARIABLES GENERALES

Una de las diferencias más llamativas observadas en este estudio es la diferencia entre varones y mujeres en las edades de inicio al consumo, diferencias que no existen entre quienes son menores de 45 años, pero que se incrementan a medida que se incrementa la edad. No es algo que no se supiera, pero queda bien reflejado en la figura 39. Esto que podría ser una fuente de diferencias por sexo en la cesación, no lo ha sido en nuestro caso; en cualquier caso, está descrito (Darville & Hahn, 2014) que el hecho de haber comenzado más tarde a fumar sí que puede tener repercusiones terapéuticas.

Otras de las cuestiones que llaman la atención de las diferencias por sexos es que en el FTND los varones puntúan más en la pregunta 1 (*número de cigarrillos fumados al día*) y las mujeres más en las preguntas 5 (*fumar cuando se está enfermo*) y 6 (*cigarrillo al que costaría más renunciar*). Consecuentemente, existen diferencias significativas en el test de Fagerström reducido, que sólo recoge las dos primeras preguntas del test (3,77 vs. 4,00, a favor de los varones), pero no existen en la puntuación del test completo (6,20 vs. 6,31). Consideramos que, frente a la visión de sus promotores (Heatheron et al., 1989), este hallazgo limita la utilidad de la forma abreviada de este test.

La prevalencia de consumo de THC, de derivados cannábicos, es superior (el triple) en varones que en mujeres, pero la influencia que ejerce sobre la cesación es bastante similar en ambos, al menos en se intensidad.

Por el contrario, el porcentaje de personas con un diagnóstico psiquiátrico es un 50% mayor en mujeres que en varones. Sin embargo, la influencia cuantitativa sobre la cesación de presentar un diagnóstico de este tipo es el doble mayor en los varones que en las mujeres. Este resultado claro nuestro está en discordancia con lo encontrado por Weinberger et al. (2013) en su revisión.

Aunque esto no influyó en las tasas de cesación, las mujeres escogieron más frecuentemente la modalidad de grupo que los varones (19% vs 13%; OR:1,51), lo que originó que fueran algo más a las sesiones.

Por último, se observaron diferencias significativas entre varones y mujeres en los tres factoriales del test que analiza el *locus* de control, algo que no se había observado en todos los análisis realizados con esta muestra de pacientes. Las mujeres tienden a puntuar algo más en los que se define como *locus* de control externo y algo menos en los que se define como *locus* de control interno. Esto, que en teoría, podría tener repercusiones es menos relevante cuando la atención clínica se realiza por profesionales alto grado de empatía y que conocen a sus pacientes.

5.2 VARIABLES RELACIONADAS CON EL ESTADO ANÍMICO

Donde, tanto en nuestro estudio como en la literatura, más diferencias se ven entre mujeres y varones en relación al consumo de tabaco es en todos los aspectos relacionados con el estados de ánimo.

En nuestro estudio, las mujeres puntúan más que los varones en todas las preguntas de la subescala de depresión del test de Goldberg así como en la suma de las preguntas de cribaje (1,5 vs. 1,3) y en el total del test (3,1 vs. 2,6). Exactamente lo mismo se observa con la subescala de ansiedad: las mujeres puntúan más en todas las preguntas, en el parcial de cribaje (2,2 vs. 1,9) y en el total del test como en el total (4,7 vs. 4,1). Se observan las mismas diferencias en la escala de estrés percibido: las mujeres puntúan más en las 6 preguntas "negativas" (11,9 vs. 10,4 en el parcial) y menos en las 4 preguntas "positivas" (10,1 vs. 10,5 en el parcial; aunque significativas, las diferencias son menores). Consecuentemente, puntúan más dos puntos más en el total del test (17,84 vs. 15,90) . Esto no es algo nuevo, sino que se encuentra frecuentemente (Smith et al. 2015; Torres & O´Dell, 2016).

Lawless et al. (2015) ha referido resultados similares, advirtiendo además una fuerte asociación positiva entre el estrés percibido y la sintomatología de abstinencia de la nicotina, sobre todo en mujeres, algo que no se ha analizado en este trabajo. Estos autores concluyen su estudio resaltando la importancia de la reducción del estrés en las personas fumadoras de cara a la deshabituación, lo que puede dar lugar mayor cesación y, quizá también, a una reducción en la percepción de síntomas de abstinencia.

Fruto de sus mayores puntuaciones en los test que miden el estado de ánimo se observa que, al analizar las preguntas de antecedentes y consecuentes, fumar por sedación (asociado a estados de ánimo negativos) es más relevante en mujeres que en varones (9,7 vs. 8,7). Esto da lugar a que tengan una menor percepción de

auto-eficacia en el componente correspondiente a la cesación (3,96 vs. 4,40 en una escala de 0 a 10).

Como consecuencia de todo ello, es conveniente que en un programa de deshabituación tabáquica se aborde el papel que en el consumo de tabaco puede tener la presencia de sintomatología ansiosa o depresiva o, más frecuentemente, el afrontamiento de situaciones negativas. Esto que es relevante, independientemente del sexo, lo es más aún en mujeres.

5.3 VARIABLES RELACIONADAS CON LA IMAGEN Y EL PESO

Aunque en nuestro estudio se observa que las mujeres tienden a puntuar algo más que los varones en las cuestiones relacionadas con la imagen psicológica y el peso corporal, las puntuaciones absolutas son muy bajas en el análisis de la valoración funcional (antecedentes y consecuentes) y la capacidad de resistencia percibida muy alta en el cuestionario de auto-eficacia.

De esto no se puede deducir que los aspectos mencionados en la introducción sobre este tema sean irrelevantes ni mucho menos. La importancia puede ser grande en quienes no acuden a las unidades especializadas o en quienes se quedan por el camino. Y el abordaje de estos aspectos debe ser tenido en cuenta en toda intervención clínica con varones y con mujeres.

VI. CONCLUSIONES

1. En el total de personas tratadas en la Unidad no se observan diferencias en cesación entre varones y mujeres. Esta ausencia de diferencias se mantiene cuando se ajusta por las principales variables que influyen en la cesación: edad, tener un diagnóstico de patología psiquiátrica, puntuaciones en el test de Fagerström, puntuaciones en la subescala de depresión del test de Goldberg, percepción de apoyo familiar, haber estado al menos un mes abstinente previamente y fármaco pautado para la deshabituación.

2. Por ello, se concluye que en personas en tratamiento intensivo, como el de la Unidad, no existen diferencias entre varones y mujeres. Las diferencias encontradas en otros estudios, son fundamentalmente debidas a que no se ha descartado alguno de los factores de confusión existentes. Conviene tener en cuenta que los patrones de consumo por sexo varían entre los diversos países y han evolucionado notablemente a lo largo del tiempo.

3. Sin embargo, existen diversas variables en las que se observan diferencias por sexo y que pueden ser relevantes a la hora del abordaje clínico. Entre ellas destacan la presencia de trastornos o síntomas psiquiátricos, que tienden a ser más prevalentes en mujeres.

VII. BIBLIOGRAFÍA

Allen AM, Scheuermann TS, Nollen N, Hatsukami D, Ahluwalia JS. Gender differences in smoking behavior and dependence motives among daily and nondaily smokers. Nicotine Tob Res. 2015; pii: ntv138.

Allen SS, Hatsukami DK, Christianson D. Nicotine withdrawal and depressive symptomatology during short-term smoking abstinence: a comparison of postmenopausal women using and not using hormone replacement therapy. Nicotine Tob Res 2003; 5: 49-59.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4a edición. Washington, DC.: American Psychiatric Association; 1994.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2000.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2013.

Amos A. Women and smoking. Br Med Bull 1996;52:74-89.

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: 881-9.

Ariza C, Nebot M. Predictores de la iniciación al consumo de tabaco en escolares de enseñanza secundaria de Barcelona y Lleida. Rev Esp Salud Pública 2002; 76:227-238.

Ayesta FJ, De la Rosa L. ¿Por qué fuman más hoy en día las mujeres? PrevTab 2001; 3:155-160.

Ayesta FJ, Rodríguez M, Santamaría J. Trastornos adictivos / Farmacodependencias. En J. Flórez (ed), Farmacología humana, 6ª ed, Barcelona: Masson 2014 pp: 547-567.

Ayesta FJ, Rodríguez M. Bases biológicas, conductuales y sociales de las dependencias: tabaco y nicotina. Santander: Manual PIUFET, 2006.

Baer JS, Lichtenstein E. Classification and prediction of smoking relapse episodes: An exploration of individual differences. J Consult Clin Psychol, 1988, 56(1):104-110

Balmford J, Borland R, Hammond D, Cummings KM. Adherence to and reasons for premature discontinuation from stop-smoking medications: data from the ITC Four-country survey. Nicotine Tob Res 2011; 13:94-102.

Bandura A. Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. Stanford University. Psychological Review 1977, 84,(2):191-215

Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliff, NJ: Prentice Hall 1986.

Banegas JR, Díez L, Rodríguez-Artalejo F, González-Enriquez G, Graciano A, Villar F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. MedClin 2001; 1117: 692-694.

Barrueco M, Jiménez C, Palomo L, Torrecilla M Romero P, Riesco JA. Veracidad de la respuesta de los fumadores sobre su abstinencia en las consultas de deshabituación tabáquica. ArchBronconeumol. 2005; 41: 135-140

Bartecchi CE, MacKenzie TD, Schrier RW. The human cost of tobacco use. N Engl J Med 1994; 330:907-12

Becoña E, Vázquez FL. Las mujeres y el tabaco: características ligadas al género. Rev Esp Salud Pública 2000; 74: 13-23.

Becoña E, Vázquez FL. The Fagerström Test for nicotine dependence in a Spanish sample.Psychol Rep. 1998; 83:1455-1458.

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; 85:223-30.

Bohadana A, Nilsson F, Rasmussen T, Martinet Y. Gender differences in quit rates following smoking cessation with combination nicotine therapy: influence of baseline smoking behavior. Nicotine Tob Res. 2003;5:111–116.

Bonaguro JA, Bonaguro EW. Self-concept, stress symptomatology, and tobacco use. J Sch Health 1987; 57: 56-8.

Borrás JM, Fernández E, Schiaffino A, Borrell C, La Vecchia C. Pattern of smoking initiation in Catalonia (Spain) from 1948 to 1992. Am J Pub Health. 2000; 9: 1459-1462.

Borrell C, Artazcoz A (coordinadoras). Investigación sobre género y salud. 5ª Monografía de la Sociedad Española de Epidemiología. Barcelona, Sociedad Española de Epidemiología, 2007.

Borrell C, Rue M, Pasarin MI, Rohlfs I, Ferrando J, Fernandez E. Trends in social class inequalities in health status, health-related behaviors, and health services utilization in a Southern European urban area (1983-1994).Prev Med. 2000; 31: 691-701.

Breslau N, Kilbey MM, Andreski P. DSM-III-R nicotine dependence in young adults: prevalence, correlates and associated psychiatric disorders. Addiction 1994; 89: 743-754.

Brose LS, West R, McDermott MS, et al. What makes for an effective stop-smoking service? Thorax 2011; 66:924e6.

Brunswick A, Messeri. Gender differences in the process leading to cigarette smoking. J Psychol Oncology.1984; 2:49-69.

Burns EK, Levinson AH. Discontinuation of nicotine replacement therapy among smoking-cessation attempters. Am J Prev Med 2008; 34:212-215.

Carreras JM, Fletes I, Quesada M, Sánchez-Torrecilla I, Sánchez-Agudo L. Diseño y primera evaluación de un programa de tratamiento de tabaquismo por teléfono. Comparación con un modelo estándar. MedClin (Barc). 2007;128: 247-250.

Centers for Disease Control and Prevention. Surveillance for selected tobacco use behaviors United States, 1900e1994. MMWR 1994; 43:SS3

Chollat-Traquet CM. Por qué las mujeres empiezan a fumar y siguen haciéndolo. En: Mujer y Tabaco. Geneva: WHO, 1992; p. 57-73.

Christen AG, Christen JA. The female smoker: from addiction to recovery. Am J Med Sci 2003;326:231-234.

Cohen S and Williamson G. Perceived Stress in a Probability Sample of the United States. The Social Psychology of Health. Newbury Park, CA. 1988

Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. Journal of Health and Social Behavior 1983 (24):386-396

Collins BN, Wileyto EP, Patterson F, et al. Gender differences in smoking cessation in a placebo-controlled trial of bupropion with behavioral counseling. Nicotine Tob Res. 2004;6:27–37.

Comas D. Parte III. Las experiencias de la vida: aprendizajes y riesgos. En INJUVE. Informe Juventud en España. Madrid: Instituto de la Juventud; 2004.

Darville A, Hahn EJ. Hardcore smokers: what do we know? Addict Behav 2014; 39:1706-12.

De la Rosa L, Otero M. Tabaquismo en la mujer: consideraciones especiales. Trast Adict 2004; 6:113-24.

de León J, Díaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. Schizophr Res. 2005;(2-3):135-57.

Delcroix M, Chuffart M. La grossesseet le tabac. Paris: Presses Universitaires de France, 1999.

Department of Health and Human Services. Women and smoking, a report of the Surgeon General. Washington DC: U. S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, 2001

Doll R. Cancers weakly related to smoking. Br Med Bull 1996; 52: 35-49.

Dona i tabac. Informe tècnic sobre l´hàbit tabàquic femení a Catalunya. Barcelona: DGSP, 2001.

Esteban A. Efectividad en el manejo del cese tabáquico. Estudio de cohortes en un contexto de Atención Primaria. Tesis doctoral para optar al Grado de Doctor por la Universidad de Cantabria. Santander: Universidad de Cantabria; 2016.

ESTUDES 1994-2013. Observatorio Español sobre Drogas. DGPNSD. MSSSI

Evans SE, Blank M, Sams C, Weaver MF, Eissenberg T. Transdermal nicotine-induced tobacco abstinence symptom suppression: nicotine dose and smokers' gender. Exp Clin Psychopharmacol 2006; 14:121-35.

Fagerström KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the

Fagerström Tolerance Questionnaire. J Behav Med 1989; 12(2): 159-182.

Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. Addict Behav 1978; 3:235-241.

Fernández E, García M, Schiaffino A, Borrás JM, Nebot M, Segura A. Smoking Initiation and Cessation by Gender and Educational Level in Catalonia, Spain. Prev Med 2001; 32:218-223.

Fernández E, Schiaffino A, García M, Borràs JM. Widening social inequalities in smoking cessation in Spain, 1987-1997.J Epidemiol Community Health 2001; 55: 729-730.

Fernández E, Schiaffino A, Peris M. Tabaquismo en mujeres: un problema de salud emergente. Enf Emerg.2001, 3: 184-190.

Ferrence R, (ed). Nicotine and Public Health. Washington DC: American Public Health Association, 2000.

Fidler J, Ferguson SG, Brown J, Stapleton J, West R. How does rate of smoking cessation vary by age, gender and social grade? Findings from a population survey in England. Addiction. 2013;108:1680–1685.

FidlerJ, West R. Enjoyment of smoking and urges to smoke as predictors of attempts and success of attempts to stop smoking: a longitudinal study. Drug Alcohol Depend 2011; 115: 30–4.

Fortmann SP, Killen JD. Who shall quit? Comparison of volunteer and population based recruitment in two minimal-contact smoking cessation studies. Am J Epidemiol 1994;140:39e51.

Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, et al. Detección de la ansiedad y la depresión en el marco de la medicina general. Br Med J (ed. esp.) 1989; 4(2): 49-53.

Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, et al. Detecting anxiety and depression in general medical settings. Br Med J 1988; 97: 897-899.

Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Dimensions of neuroses seen in primary care settings. Psychol Med 1987; 17:461-470.

González-Ramírez MT, Landero R. Escala de cansancio emocional (ECE) para estudiantes universitarios: Propiedades psicométricas en una muestra de México. Anales Psicol 2007; 23: 253-257.

González-Ramírez MT, Landero R. Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico. Spanish Journal of Psychology 2007; 10: 199-206

Graham H, Francis B, Inskip HM, Harman J; SWS Study Team. Socioeconomic life course influences on women's smoking status in early adulthood. J Epidemiol Community Health 2006; 60(3): 228-33.

Graham H. Women's smoking and family health. Soc Sci Med 1987; 25(1): 47-56.

Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Dufour MC, Compton W, Pickering RP, Kaplan K. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders. Arch Gen Psychiatry. 2004;(8):807-16.

Greaves L, Jategaonkar N, Sanchez S (eds) Turning a new leaf: women, tobacco, and the future. British Columbia Center of Excellence for women´s Health (BCCEWH) and International Network of Women against Tobacco (INWAT). Vancouver: BCCWEH, 2006.

Grøtvedt L, Stavem K. Association between age, gender and reasons for smoking cessation. Scand J Public Health. 2005;33:72–76.

Gutiérrez L, Otero L, del Amo M, Ayesta FJ. Evaluación de una intervención para dejar de fumar en personas con enfermedad mental. Rev Esp Salud Pública 2013; 87:629-638.

Hagimoto A, Nakamura M, Morita T, Masui S, Oshima A. Smoking cessation patterns and predictors of quitting smoking among the Japanese general population: a 1-year follow-up study. Addiction 2009; 105: 164–73.

Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. Br J Addict 1991; 86: 1119-1127.

Horn D & Waingrow S. Some dimensions of a model for smoking behaviour change. Am J Public Health Nations Health 1966; S56, 21-26.

Horn D, Waingrow S. Behavior and attitudes questionnaire. Bethesda: National Clearinghouse for Smoking and Health; 1966.

Hughes JR, Hatsukami D. Signs and Symptoms of Tobacco Withdrawal. Arch Gen Psychiatry. 1986;43(3):289-294

Hyland A, Borland R, Li Q, Yong HH, McNeill A, Fong GT et al. Individual-level predictors of cessation behaviours among participants in the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. Tob Control 2006; 15: iii83–94.

Hymowitz N, Cummings KM, Hyland A, Lynn WR, Pechacek TF, Hartwell TD. Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years. Tob Control. 1997;6(suppl 2):S57.

Ikard FF, Green DE, Horn D. A Scale to differentiate between types of smoking as related to the management of affect. International Journal of the Addictions. 1969, 4 (4): 649-659

Informe de la Dirección General de Salud Pública 2001. Las mujeres y el tabaquismo. Disponible en: http://www.cdc.gov/spanish/tabaco/tabmujeres.htm

Jané M, Pardell H, Saltó E, Salleras L. Epidemiología del tabaquismo femenino. Factores determinantes de la iniciación y del mantenimiento. Prev Tab 2001; 3:147-154.

Jané M. Mujeres y tabaco: aspectos principales específicos de género. Adicciones 2004; 16:115-130.

Jarvis MJ, Cohen JE, Delnevo CD, Giovino GA. Dispelling myths about gender differences in smoking cessation: population data from the USA, Canada and Britain. Tob Control.2013; 22:358–362.

Jarvis MJ, Jackson P. Cigar and pipe smoking in Britain: implications for smoking prevalence and cessation. Br J Addict 1988; 83: 323-30

Jarvis MJ. Gender and smoking: do women really find it harder to give up? Br J Addict 1984; 79:383-387

Jarvis MJ. Gender differences in smoking cessation: Real or myth? Tob Control 1994; 3:324-8.

Jiménez Ruiz CA. Tabaco y mujer. Med Clin Monogr (Barc.) 2002; 3:10-3.

Joossens L, Sasco A. La igualdad se va con el humo. Las mujeres y el tabaco en la Unión Europea. Bruselas: Red Europea de Prevención del Tabaquismo, 1999.

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.

Kasza KA, Hyland AJ, Borland R, McNeill AD, Bansal-Travers M, Fix BV et al. Effectiveness of stop-smoking medications: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. Addiction.2013; 108: 193-202.

Kaufman NJ. Smoking and young women. JAMA 1994; 271:629-630.

Kendler KS, Neale MC, MacLean CJ, Heath AC, Eaves LJ, Kessler RC.Smoking and major depresion.A casual analysis. Arch Gen Psychiatry 1993; 50: 36-43.

Klesges RC, Meyers AW, Klesges LM, La Vasque ME. Smoking, body weight, and their effects on smoking behavior: a comprehensive review of the literatura. Psychol Bull. 1989; 106:204-30.

Kralikova E, Kmetova A, Stepankova L, Zvolska K, Davis R, West R. Fiftytwo-week continuous abstinence rates of smokers being treated with varenicline versus nicotine replacement therapy.Addiction. 2013;108:1497–1502.

Lawless MH, Harrison KA, Grandits GA, Eberly LE, Allen SS. Perceived stress and smoking-related behaviors and symptomatology in male and female smokers. Addict Behav. 2015 Dec;51:80-3

Leon AC, Portera L, Weissman MM. The social costs of anxiety disorders. Br J Psychiatry Suppl. 1995;(27):19-22.

Levin MD, Marcus MD, Perkins KA. A history of depression and smoking cessation outcomes among women concerned about post-cessation weight gain. Nic Tob Research 2003; 5: 69-76.

Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de Medidas Sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos de tabaco. BOE 309 de 27.12.2005; p. 42241-50.

Li L ,Borland R, Yong H, Fong GT, Bansal-Travers M, Quah A. et al. Predictors of smoking cessation among adult smokers in Malaysia and Thailand: findings from the International Tobacco Control Southeast Asia Survey. Nicotine Tob Res 2010; 12: S34–44.

Li L, Feng G, Jiang Y, Yong H, Borland R, Fong GT. Prospective predictors of quitting behaviours among adult smokers in six cities in China: findings from the International Tobacco Control (ITC) China Survey. Addiction 2011; 106: 1335–45.

Lopez A, Collishaw N, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. Tob Control 1994; 3: 242-7.

Mackay J, Amos A. Women and tobacco. Respirology 2003;8:123-130.

Martín F. Factores asociados con la cesación tabáquica en los pacientes atendidos en la Unidad de Deshabituación Tabáquica del Servicio Cántabro de Salud. Tesis doctoral para optar al Grado de Doctor por la Universidad de Cantabria. Santander: Universidad de Cantabria; 2016.

Matsuda A, Hasegawa J, Wang X, Tsuno S and Miura N. Psychological Characteristics in Patients during Treatment for Tobacco Dependence. Yonago Acta médica 2015;58:81–84

McKee SA, O'Malley SS, Salovey P, Krishnan-Sarin S, Mazure CM. Perceived risks and benefits of smoking cessation: gender-specific predictors of motivation and treatment outcome. Addictive Behav. 2005;30: 423–435

McKee SA, Smith PH, Kaufman M, Mazure CM, Weinberger AH. Sex differences in varenicline efficacy for smoking cessation: A meta-analysis. Nicotine Tob Res 2015; 6:ntv207

Minigawa K, While D, Charlton A. Smoking and self-perception in secondary school students. Tob Control 1993;2:215-221.

Montón C, Pérez-Echevarría MJ, Campos R, et al. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. Aten Primaria 1993; 12: 345-349.

Nebot M, Tomás Z, Ariza C, Valmayor S, López MJ, Juárez O. Factores asociados con el inicio del tabaquismo: seguimiento a los 3 años de una cohorte de escolares. Arch Bronconeumol 2004; 40:495-501.

Nerín I, Beamonte A, Gargallo P, Jiménez-Muro A, Marqueta A. Ganancia ponderal al dejar de fumar y su relación con la ansiedad. Arch Broncomeunol 2007; 43:9-15.

Nerín I, Jané M. I Encuentro Nacional de Mujeres en Apoyo al Convenio Marco para el Control del Tabaco. Prev Tab 2003; 5:151-158.

Nerín I, Jané M. Libro blanco sobre mujeres y tabaco. Abordaje con una perspectiva de género. Zaragoza: Comité para la Prevención del Tabaquismo y Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.

Nerín I. El tabaquismo en la mujer: una atracción fatal. Arch Bronconeumol 2005; 41:360-362.

Olsen J. Cigarette smoking, tea and coffee drinking and sub fecundity. American Journal of Epidemiology 1991; 133: 734-9.

Osler M, Prescott E, Godtfredsen N, Hein HO, Schnohr P. Gender and determinants of smoking cessation: a longitudinal study. Prev Med 1999; 29:57-62.

Perkins KA, Doyle T, Ciccocioppo M, Conklin C, Sayette M, Caggiula A. Sex differences in the influence of nicotine dose instructions on the reinforcing and self-reported rewarding effects of smoking. Psychopharmacology (Berl) 2006; 184:600-7.

Perkins KA. Sex differences in nicotine versus non nicotine reinforcement as determinants of tobacco smoking. Exp Clin Psychopharm. 1996;4:166–177.

Perkins KA. Smoking cessation in women. Special considerations. CSN Drugs 2001; 15: 391-411.

Pierce JP, Lee L, Gilpin EA. Smoking Initiation by adolescent girls. JAMA 1994; 271:608-11.

Pirie K, Peto R, Reeves GK, Green J, Beral V; Million Women Study Collaborators. The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK. Lancet 2013; 381:133–41

Pirie PL, Murray DM, Luepker RV. Gender differences in cigarette smoking and quitting in a cohort of young adults.Am J Public Health 1991; 81: 324-27.

Poulsen PB, Spillemose H, Nielsen G, Hergel L, Wedell-Wedellsborg D, Strand M, Ringbæk T. Real-life effectiveness of smoking-cessation treatments in general practice clinics in Denmark. The Escape Smoke project. Resp Med 2015; 109:218-27.

R´Kaina C, De la Rosa L. Mujer y tabaco: situación actual y necesidad de un enfoque de género. En: Ayesta FJ, Álvarez S, Benito BM, eds. Manual de tabaquismo para profesionales sanitarios. Ceuta: INGESA-PIT CAC; 2006, p. 235-52.

Rahman MA, Edward KL, Montgomery L, Mcevedy S, Wilson A, Worrall-Carter L. Is there any gender difference for smoking persistence or relapse following diagnosis or hospitalization for coronary heart disease? Evidence from a systematic review and meta-analysis. Nicotine Tob Res 2015;1–9.

Reynoso J, Susabda A, Cepeda-Benito A. Gender differences in smoking cessation. J Psychopathology Behav Assessment 2005; 27: 227-34.

Richmond R. You've come a long way baby: women and the tobacco epidemic. Addiction 2003; 98:553-7.

Roberti JW, Harrington LN, Storch EA. Further psychometric support for the 10-Item version of the Perceived Stress Scale. Journal of College Counseling 2006; 9:135–47.

Rotter JB, Murly RC. Internal versus external control of reinforcement and decision time. JPSP; 1965 2:598-604

Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychol Monograph 1966; 80: 1-20.

Russell MA, Peto J, Patel UA. The classification of smoking by factorial structure of motives. Journal of the Royal statistical Society 1974; 137:13-346

Salvador M, Ayesta FJ. La adherencia terapéutica en el tratamiento del tabaquismo. Psychosocial Interv 2009; 18: 5-12.

Samet J, Yoon SY (eds). Gender, women, and the tobacco epidemic, Geneva: WHO, 2010.

Scharf D, Shiffman S. Are there gender differences in smoking cessation, with and without bupropion? Pooled-and meta-analyses of clinical trials of Bupropion SR. Addiction. 2004; 99:1462–9.

Schoendorf K, Kiely J. Relationship of Sudden Infant Death Syndrome to maternal smoking during and after pregnancy. Pediatrics 1992; 90:905-8.

Sharma R, Biedenharn KR, Fedor JM, Agarwal A. Lifestyle factors and reproductive health: taking control of your fertility. Reprod Biol Endocrinol. 2013;11:66. doi: 10.1186/1477-7827-11-66.

Shiffman S, Sweeney CT, Dresler CM. Nicotine patch and lozenge are effective for women. Nicotine Tob Res 2005; 7:119-27.

Shiffman S. Assessing smoking patterns. J Consult Clin Psychol 1993; 61: 732-742.

Shiffman S. Smoking cessation treatment: Any progress? J Consult Clin Psychol 1993 61:718-22.

Simpson D. Smoking and fashion. Tob Control 1993; 2:244-5.

Siqueira L, Diab M, Bodian C, Rolnitzky L. Adolescents becoming smokers: the roles of stress and coping methods. J Adolesc Health 2000; 27: 399-408.

Smith AL, Chapman S. Quitting smoking unassisted: the 50-year research neglect of a major public health phenomenon. JAMA 2014;2):137-8

Smith PH, Kasza KA, Hyland A, Fong GT, Borland R, Brady K, Carpenter MJ, Hartwell M, Cummings KM, McKee SA. Gender differences in medication use and cigarette smoking cessation: results from the international tobacco control four country survey. Nicotine Tob Res 2015; 17:463-72

Smoking and reproductive life. The impact of smoking on sexual, reproductive and child health. London: British Medical Association, Board of Science and Education & Tobacco Control Resource Centre, 2004.

SNRT Subcommittee on Biochemical Verification. Biochemical verification of tobacco use and cessation.Nicotine Tob Res 2002; 4:149-159

Steinberg MB, Akincigil A, Delnevo CD, Crystal S, Carson JL. Gender and age disparities for smoking-cessation treatment. Am J Prev Med 2006; 30:405-12.

Stevens VJ, Solberg LI, Bailey SR, Kurtz SE, McBurnie MA, Priest EL, Puro JE, Williams RJ, Fortmann SP, Hazlehurst BL. Assessing trends in tobacco cessation in diverse patient populations. Nicotine Tob Res 2015.pii: ntv092. [Epub ahead of print]

Stick SM, Burton PR, Gurrin L, Sly PD, LeSouef PN. Effects of maternal smoking during pregnancy and a family history of asthma on respiratory function in newborn infants. Lancet 1996; 348: 1060-4.

Surgeon General Report. Reducing tobacco use. Atlanta: US Department of Health and Human Services, 2014

Tabuchi T, Nakamura M, Nakayama T, Miyashiro I, Mori J, Tsukuma H. Tobacco price increase and smoking cessation in Japan, a developed country with affordable tobacco: a national population-based observational study. J Epidemiol 2016; 26:14-21

Thomas M, Goddard E, Hickman M, Hunter P. General household survey 1992. London: HMSO, 1994

Tobacco smoke and involuntary smoking. IARC monograph volume 83. Lyon: IARC, 2002.

Torres OV, O'Dell LE. Stress is a principal factor that promotes tobacco use in females. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.2016; 65:260-8.

U.S. Department of Health and Human Services. The Health Benefits of Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General. Rockville, Maryland: Centers for Disease Control, Office on Smoking and Health, 1990.

Ucar EY, Araz O, Yilmaz N, Akgun M, Meral M, Kaynar H et al. Effectiveness of pharmacologic therapies on smoking cessation success: three years results of a smoking cessation clinic. Multidiscip Respir Med. 2014; 9:9

US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: nicotine addiction: a report of the Surgeon General. Washington DC: US Government Printing Office, 1988 (DHSS Publication No (CDC) 88-8406)

US Department of Health and Human Services. Women and smoking. A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General, 2001.

Vangeli E, Stapleton J, Smit ES, Borland R, West R. Predictors of attempts to stop smoking and their success in adult general population samples: a systematic review. Addiction 2011; 106:2110-21.

Veiga S. Influencia de la presencia de patología psiquiátrica en la cesación tabáquica. Estudio de los pacientes tratados entre 2006 y 2014 en la UDESTA. Tesis doctoral para optar al Grado de Doctor por la Universidad de Cantabria. Santander: Universidad de Cantabria; 2016.

Wallston B, Wallston K, Kaplan G, Maides S. A development and validation of the Health Locus of Control (HLC) Scale. J Consult Clin Psychol 1976; 44:580-5.

Wallston BS, Wallston KA. Locus of control and health: a review of the literature. Health Educ Behav 1978; 6: 107-17.

Ward KD, Klesges RC, Zbikowski SM, Bliss RE, Garvey AJ. Gender differences in the outcome of an unaided smoking cessation attempt. Addict Behav 1997; 22:521-3.

Weinberger AH, Mazure CM, Morlett A, McKee SA. Two decades of smoking cessation treatment research on smokers with depression: 1990-2010. Nicotine Tob Res 2013;15: 1014-31.

West R, Mc Ewen A, Bolling K, Owen L. Smoking cessation and smoking patterns in the general population: a 1-year follow-up. Addiction 2001; 96: 891–902.

West RJ, Russell MAH. Pre-abstinence smoke intake and smoking motivation as predictors of severity of cigarette withdrawal symptoms.Psychopharmacology 1985; 87: 334-6.

Wetter DW, Kenford SL, Smith SS, Fiore MC, Jorenby DE, Baker TB. Gender differences in smoking cessation. J Consult Clin Psychol 1999; 67:555-62.

Wills TA. Stress and coping in early adolescence: relationships to substance use in urban school samples. Health Psychol 1986; 5: 503-29.

World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2013: Enforcing Bans on Tobacco Advertising, Promotion and Sponsorship. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2013.

World Health Organization. Gender, health, tobacco, and equity. Geneva: WHO, 2011.

World Health Organization. Women and the tobacco epidemic. Challenges for the 21st century. Geneva: WHO, 2001.

Wu PC, Hsueh KC, Mar GY, Hsueh SC, Tu MS, McRobbie H, Hajek P. Gender differences in outcome of an attempt to stop smoking among smokers attending a smoking cessation clinic in Taiwan: 3-year follow-up study. Eval Health Prof 2015.pii: 0163278715616439. [Epub ahead of print]

Wu TY, Rose SE, Bancroft JM. Gender differences in health risk behaviors and physical activity among middle school students. J Sch Nurs 2006; 22: 25-31