

## Resultados de un programa integral de prevención y tratamiento del tabaquismo en el entorno laboral

I. Nerín<sup>a</sup>, A. Crucelaegui<sup>b</sup>, A. Más<sup>b</sup>, J.A. Villalba<sup>c</sup>, D. Guillén<sup>b</sup> y A. Gracia<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Medicina y Psiquiatría. Unidad de Tabaquismo. Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza. Zaragoza. España.

<sup>b</sup>Unidad de Tabaquismo. Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza. Zaragoza. España.

<sup>c</sup>Médico del Trabajo. BSH Zaragoza. Zaragoza. España.

<sup>d</sup>Servicio de Medicina Preventiva. Hospital MAZ. Zaragoza. España.

**OBJETIVOS:** Evaluar un programa integral de prevención y tratamiento del tabaquismo en una empresa de electrodomésticos con 1.600 trabajadores.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** El programa incluyó restricción para fumar con delimitación de espacios para fumadores y oferta de deshabituación tabáquica a los fumadores afectados. Las variables de estudio fueron: edad, sexo, dependencia a la nicotina (test de Fagerström), monóxido de carbono en aire espirado, cumplimiento del tratamiento y abstinencia en el consumo de tabaco a la semana, al mes, a los 3 (fin del tratamiento) y a los 6 meses. Se definió como éxito la abstinencia mantenida en el consumo de tabaco desde el inicio del tratamiento.

**RESULTADOS:** La prevalencia de tabaquismo era del 34,8%. Solicitaron tratamiento el 19,5% de los fumadores (un 77,4% eran varones y el 22,6%, mujeres). La media de edad ( $\pm$  desviación estándar) era de  $41,3 \pm 10,3$  años. El valor medio de la dependencia a la nicotina fue de  $5,3 \pm 2,6$  puntos y la media de monóxido de carbono en aire espirado de  $35,6 \pm 23,7$  ppm. El cumplimiento del tratamiento fue bueno en el 80% de los casos. El índice de abstinencia fue del 57,5% a los 6 meses, lo que supone una reducción de la prevalencia del 4%.

**CONCLUSIONES:** Las intervenciones sobre el tabaquismo en el entorno laboral reducen la prevalencia y facilitan establecer restricciones del consumo en el lugar de trabajo. La empresa representa un escenario oportuno para realizar intervenciones dirigidas a la prevención y tratamiento del tabaquismo.

**Palabras clave:** Tabaco. Entorno laboral. Salud laboral. Deshabituación tabáquica.

### Introducción

España continúa mostrando un elevado consumo de tabaco en la población general. Según la Encuesta Nacional de Salud de 2001, el 52,6% de los varones y el 43,5% de las mujeres de entre 25 y 44 años son fumadores<sup>1</sup>; gran parte de la población activa de España se encuentra en este rango de edad. Nuestra tasa de em-

Results of a Comprehensive Workplace Program for the Prevention and Treatment of Smoking Addiction

**OBJECTIVES:** To assess a comprehensive smoking prevention and treatment program in an electrical appliances company with 1600 employees.

**MATERIAL AND METHODS:** The program included smoking restrictions with the designation of smoking areas and the offer of smoking cessation treatment for the smokers affected. Study variables were age, sex, nicotine dependence (Fagerström Test), carbon monoxide in expired air, adherence to therapy, and smoking abstinence at 1 week, 1 month, 3 months (end of treatment), and 6 months. Successful smoking abstinence was defined as continuous abstinence from the beginning of treatment.

**RESULTS:** Smoking prevalence was 34.8% and 19.5% of smokers requested treatment (77.4% men and 22.6% women). Mean (SD) age was 41.3 (10.3) years. Mean score of nicotine dependence was 5.3 (2.6) and the mean quantity of carbon monoxide in expired air was 35.6 (23.7) ppm. Adherence to therapy was good in 80% of patients. Rate of abstinence was 57.5% at 6 months, signifying a 4% reduction in prevalence.

**CONCLUSIONS:** Workplace smoking cessation programs reduce prevalence and facilitate the establishment of smoking restrictions at the worksite. Companies are convenient settings for the implementation of programs aimed at smoking prevention and treatment.

**Key words:** Tobacco. Workplace. Occupational health. Smoking cessation.

pleo es del 67% en varones y del 43% entre las mujeres<sup>2</sup>. Para los trabajadores a tiempo completo la semana laboral tiene una duración de 40 h. Con estos datos, es fácil entender que el establecimiento de lugares de trabajo libres de humo es un punto importante en la reducción de la mortalidad y morbilidad evitables en la población activa.

Las intervenciones sobre tabaquismo en el medio laboral han mostrado su eficacia fundamentalmente en aspectos relacionados con el consumo de tabaco. Contribuyen a aumentar el número de ex fumadores y producen una reducción del número de cigarrillos/día en los trabajadores que continúan fumando<sup>3-5</sup>. También

Correspondencia: Dra. I. Nerín.

Departamento de Medicina y Psiquiatría. Facultad de Medicina, edificio B.

Domingo Miral, s/n. 50009 Zaragoza. España.

Correo electrónico: isabelne@unizar.es

Recibido: 4-6-2004; aceptado para su publicación: 28-9-2004.

se han descrito otros efectos beneficiosos relacionados con la reducción del absentismo y los costes que producen los trabajadores fumadores<sup>6,7</sup>.

La disminución del consumo de tabaco dentro de la propia empresa condiciona una disminución de la contaminación de interiores por humo de tabaco que se traduce en una mayor protección de la salud de todos los trabajadores, fumadores y no fumadores<sup>8,9</sup>. En ocasiones, para los trabajadores que no son fumadores ni conviven con fumadores, el lugar de trabajo puede ser el único lugar donde estén en contacto con aire contaminado por humo de tabaco, lo que supone un riesgo adicional que no puede asumir ni el trabajador ni la empresa.

La exposición a los componentes carcinógenos del humo de tabaco afecta a más personas que cualquier otro tipo de exposición a otras sustancias químicas carcinógenas existentes en el medio laboral<sup>10</sup>. Dado que el aire contaminado por humo de tabaco ha sido considerado cancerígeno por la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer, la necesidad de una regulación de esta exposición en el lugar de trabajo resulta evidente<sup>11</sup>, por lo que es previsible que en un futuro próximo se establezca la restricción absoluta del consumo de tabaco en el puesto de trabajo.

El objetivo de este estudio es evaluar un programa integral realizado en una empresa que combina la restricción de fumar en el lugar de trabajo y la oferta de tratamiento de deshabituación para los fumadores afectados.

## Material y métodos

Se ha desarrollado un programa integral de prevención y tratamiento del tabaquismo en una empresa de fabricación de electrodomésticos, con 2 plantas en la misma comunidad autónoma y una plantilla de 1.600 trabajadores. Su duración inicial fue de 18 meses, y en la actualidad se mantiene como una intervención activa y en constante evaluación.

La intervención consistía en la restricción para fumar, con delimitación de espacios para fumadores, y oferta de programa de deshabituación tabáquica a los fumadores afectados.

### Desarrollo de la intervención

El programa consta de varias fases, que se detallan en la tabla I. En la fase inicial, se creó un grupo de trabajo con representación de los responsables de las áreas implicadas (preven-

ción, servicio médico, personal, ingeniería, producción, etc.) y los agentes sociales de la empresa (sindicatos, comité de empresa). Se elaboró un cronograma de cada una de las fases de la intervención y se elaboró material específico para informar y sensibilizar a los trabajadores. En la fase de sensibilización se informó a cada trabajador con una carta de la dirección; se procedió a la colocación de carteles en distintas zonas de la empresa, habilitación de áreas de fumadores, señalización de espacios y proyección de vídeos informativos en zonas de paso. Durante la fase de desarrollo se inició un programa de deshabituación tabáquica financiado totalmente por la empresa (incluido el tratamiento farmacológico) y se incorporó la restricción total de consumo de tabaco en todas las instalaciones, a excepción de las zonas habilitadas para fumadores. Dicha restricción se contempló como una norma más de disciplina interna, de cumplimiento obligatorio y susceptible de sanción. El programa de deshabituación se ofertó a todo el personal fumador independientemente de su situación laboral como fijo o eventual, fuera del horario laboral, pero adaptado a los turnos de trabajo, con el objetivo de facilitar al máximo el acceso, y fue realizado por personal médico de una unidad de tabaquismo. Los fumadores que deseaban dejar de fumar accedían al programa a través del servicio médico de la empresa. Los criterios de inclusión fueron: ser fumador, ser trabajador de la empresa y solicitud voluntaria de acceder al programa. Se consideraron criterios de exclusión los siguientes: enfermedad psiquiátrica con síntomas agudos, otra drogodependencia activa y, en el caso de las mujeres, la gestación.

Se realizó tratamiento multicomponente de deshabituación tabáquica en grupo (tratamiento farmacológico y psicoterapia cognitiva-conductual), que constaba de 9 sesiones grupales de 90 min de duración repartidas a lo largo de 12 semanas, además de una primera consulta individual para realizar la historia clínica. La prescripción del tratamiento farmacológico se pactó en todos los casos con el fumador y se realizó según el grado de tabaquismo diagnosticado previamente en la entrevista individual; se utilizó tratamiento sustitutivo de nicotina de forma combinada (sustitutivos de acción corta y/o de acción transdérmica) o bupropión, dependiendo de la existencia de contraindicaciones y de las características personales del fumador.

Por último, en la fase de evaluación se evaluó la abstinencia en los grupos de tratamiento y se comprobó el cumplimiento de la restricción.

### Variables de estudio

Fueron las siguientes: edad, sexo, dependencia a la nicotina mediante el test de Fagerström, monóxido de carbono (CO) en aire espirado, cumplimiento del tratamiento y abstinencia

TABLA I  
Fases de la intervención realizada en la empresa BSH España

Fases	Objetivos	Contenidos
Inicial	Elaborar la intervención según las características de la empresa	Creación de un grupo de trabajo Compromiso de la dirección Acuerdo con fuerzas sociales Elaboración de cronograma y materiales
Sensibilización	Comunicar la intervención a toda la empresa	Carta a los trabajadores Habilitación de zonas de fumadores Señalización de espacios
Desarrollo	Implementar contenidos de la intervención	Inicio de restricciones para fumar Programa de deshabituación
Evaluación	Evaluar los resultados obtenidos	Valoración del cumplimiento de la restricción Evaluación del programa de deshabituación
Mantenimiento	Mantener "vivo" el proyecto	Difusión de resultados dentro y fuera de la empresa Valoración de beneficios a medio-largo plazo (absentismo)

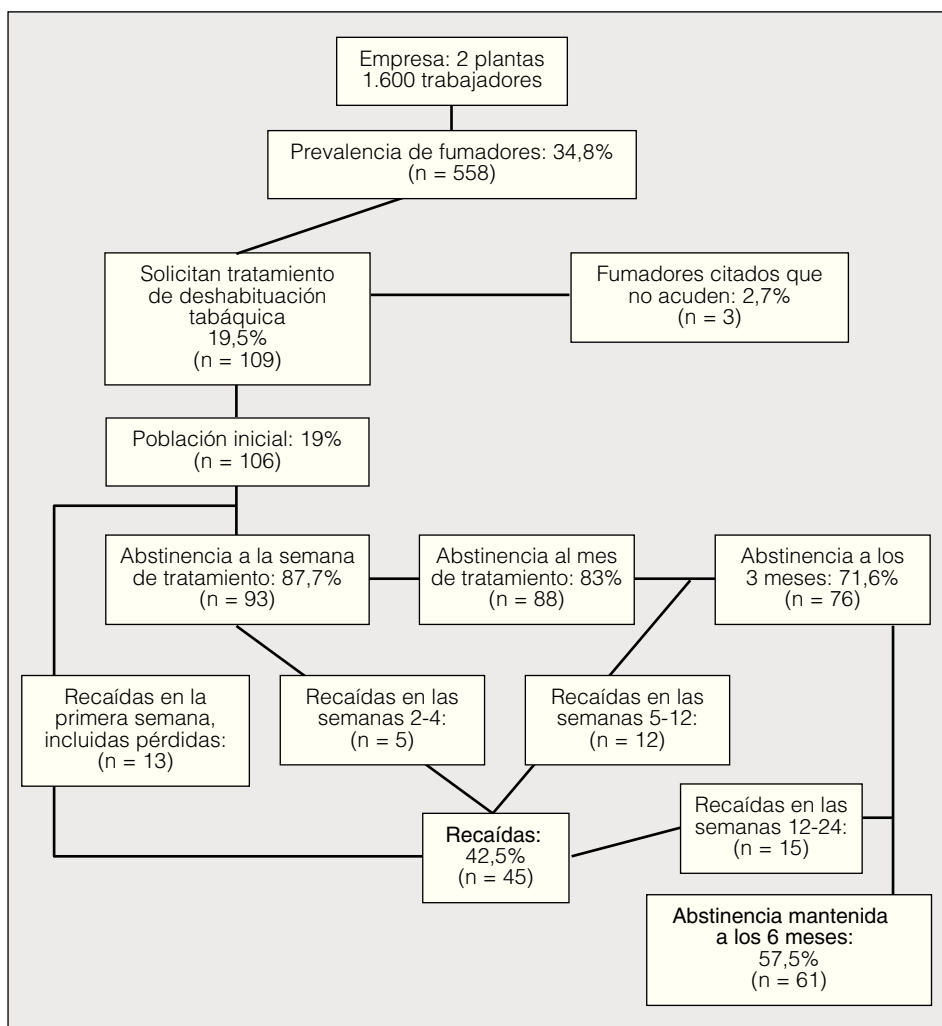


Fig. 1. Evolución del programa de deshabituación en la empresa BSH.

en el consumo de tabaco. La determinación de CO se realizó con un cooxímetro modelo Mini Smokerlyzer (Bedfont Scientific Ltd.), y se consideró que la persona era fumadora cuando la cifra era superior a 10 partes por millón (ppm). Se define como pérdida el paciente que acudió a la entrevista inicial y no realizó ninguna de las sesiones de tratamiento. El cumplimiento del tratamiento de deshabituación tabáquica se definió como bueno cuando el paciente acudía a 4 o más sesiones grupales; de lo contrario se consideró insuficiente.

La abstinencia en el consumo de tabaco se controló en todas las consultas de tratamiento y se calificó de éxito la autodeclaración verbal de abstinencia completa y su validación mediante la determinación de un valor de 10 ppm o menor de CO en aire espirado. El índice de abstinencia se analizó a la semana, al mes, a los 3 (coincidiendo con la finalización de tratamiento) y a los 6 meses. Se definió como éxito la abstinencia mantenida en el consumo de tabaco desde el inicio del tratamiento.

#### Análisis estadístico

Se configuró una base de datos en el programa SPSS versión 10.0 bajo entorno Windows®. Los resultados se expresan como la media  $\pm$  desviación estándar, con sus intervalos de confianza (IC) del 95%, y como proporciones. Para la comparación de proporciones se utilizó la prueba estadística de la  $\chi^2$ , aceptando como valor de significación una  $p < 0,05$ .

#### Resultados

Se evaluó en un total de 1.600 trabajadores (17,2% mujeres; 82,8% varones) su condición de fumadores o no al principio de esta intervención a partir de las historias clínicas del servicio médico en el año anterior a la intervención. La prevalencia de trabajadores fumadores fue del 34,8% (n = 558), según los datos recogidos por este servicio. Solicitaron tratamiento 109 fumadores, que representan el 19,5% del total de fumadores. De ellos, 3 individuos (una mujer y 2 varones) no acudieron a la primera cita, por lo que quedaron fuera del estudio. La evolución de las muestras estudiadas en el programa se observa en la figura 1.

Realizamos seguimiento de 106 pacientes —24 mujeres (22,6%) y 82 varones (77,4%)— con una edad media de  $41,3 \pm 10,3$  años (IC del 95%, 39,3-43,3). La dependencia a la nicotina medida con el test de Fagerström tuvo un valor medio de  $5,3 \pm 2,6$  puntos (IC del 95%, 4,8-5,8). Los valores medios de CO en aire espirado fueron de  $35,6 \pm 23,7$  ppm (IC del 95%, 31,1-40,3).

El 8,5% (n = 9) de la población inicial de pacientes que accedieron a recibir tratamiento (n = 106) cumplía criterios de pérdida. Sin embargo, se han incluido para

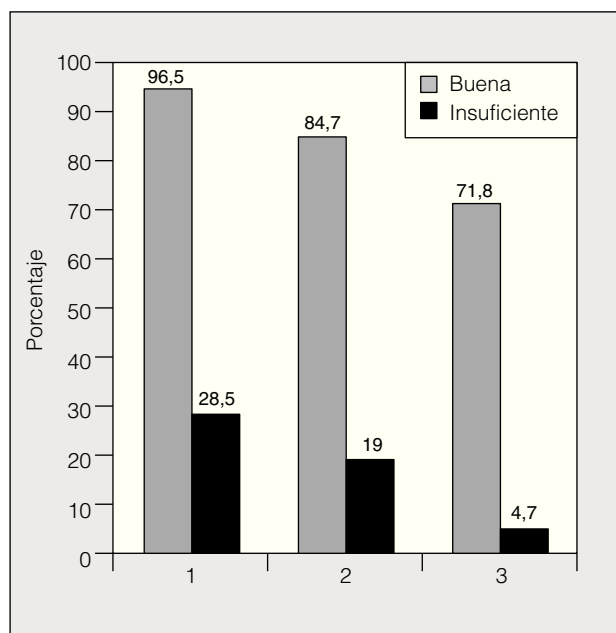


Fig. 2. Diferencias en la abstinencia según cumplimiento del tratamiento. 1: abstinencia al mes; 2: abstinencia a los 3 meses; 3: abstinencia a los 6 meses. Cumplimiento bueno: asistencia a 4 o más sesiones de tratamiento; cumplimiento insuficiente: asistencia a menos de 4 sesiones de tratamiento.

el análisis de resultados, asumiendo el criterio de “intención de tratar”, es decir, considerando como no éxito a los individuos que no lograron la abstinencia y a los que no acudieron a las sesiones programadas; estas pérdidas se han contabilizado como recaídas en la primera semana.

El cumplimiento del tratamiento fue bueno en el 80% (n = 85) de los fumadores tratados frente al 20% (n = 21) que no lo fue. A los 6 meses de abstinencia, realizaron cooximetría el 100% (n = 61) de los abstinentes y el 40% (n = 18) de los no abstinentes. La media de CO espirado fue de  $5 \pm 2,4$  (rango: 0-10) y de  $26,6 \pm 22,2$  ppm, respectivamente. En la figura 1 se puede observar cómo evolucionó el índice de abstinencia: desde un 87,7% de éxito a la semana de tratamiento hasta un 57,5% de éxito a los 6 meses, lo que significa una reducción de la prevalencia del 4% desde la situación inicial.

Encontramos diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) en los seguimientos realizados al mes, a los 3 y a los 6 meses, al comparar el índice de abstinencia obtenido entre los pacientes que cumplieron bien el tratamiento y los que no. Observamos un índice de abstinencia a los 6 meses del 71,8% en los que realizaron un cumplimiento suficiente frente al 4,7% entre aquellos en quienes el cumplimiento fue insuficiente (fig. 2).

Seis meses después del inicio de la intervención se estableció la prohibición de fumar en toda la empresa, a excepción de las áreas delimitadas para fumadores. El seguimiento y la vigilancia del cumplimiento corrieron a cargo de la propia empresa, de manera similar al resto de las normas internas, con la existencia de una única sanción a un trabajador.

## Discusión

Los resultados de esta intervención ponen de manifiesto que las intervenciones sobre tabaquismo en el entorno laboral cumplen varios objetivos en nuestro medio: reducen la prevalencia y facilitan el establecer restricciones del consumo de tabaco en el lugar de trabajo.

Encontramos una reducción de la prevalencia del 4%, dato coincidente con lo publicado en la bibliografía en relación con el entorno laboral<sup>4,12</sup>. Para lograr una disminución similar del consumo con otras políticas de control de demostrada eficacia, como es el incremento del precio, se debería aplicar una subida del 73% en el precio de la cajetilla<sup>4</sup>. En España, la población activa supone casi 19 millones de personas, la mayor parte de ellas en el rango de edad entre 25 y 44 años, en el que la prevalencia de consumo de tabaco es mayor. Estos datos justifican el enorme potencial que representa el entorno laboral para realizar intervenciones sobre tabaquismo, todavía infrutilizado en nuestro país. Dos de las principales políticas de mayor impacto preventivo del tabaquismo son la regulación del consumo en los espacios públicos y facilitar el acceso al tratamiento para dejar de fumar<sup>11</sup>. El entorno laboral ofrece un espacio privilegiado para ello, además de reducir la prevalencia y el consumo, efectos descritos en la mayoría de los estudios realizados<sup>12-14</sup> y que también se ponen de manifiesto en nuestro estudio.

El 20% de los trabajadores fumadores accedió a recibir el tratamiento propuesto dentro del programa, porcentaje que es discretamente inferior al descrito en la población fumadora que desea dejar de fumar<sup>15</sup>. Esto puede deberse a que no es lo mismo evaluar la intención en una encuesta que no incluye ayuda para dejar de fumar, que el incorporarse a un programa de deshabitación de manera inmediata; en cualquier caso, refleja que no todos los fumadores quieren dejar de fumar aunque se facilite al máximo el acceso y se les financie el tratamiento. Este aspecto debería confirmarse en futuros estudios, dada la relevancia que tiene en relación con el coste de la financiación del tratamiento para dejar de fumar.

Una de las ventajas descritas de estas intervenciones en la empresa es que facilitan el seguimiento y la evaluación de los resultados<sup>16,17</sup>. En nuestro estudio se realizó seguimiento de todos los fumadores que se incorporaron al programa y en el 74,5% de los que terminaron el tratamiento se realizó validación de la abstinencia mediante cooximetría. En relación con el cumplimiento no existen muchos datos en la bibliografía. En un estudio reciente<sup>18</sup>, con un programa de tratamiento de 7 sesiones, el 70% de los pacientes lo cumplió totalmente, porcentaje similar al encontrado en nuestro estudio (80%). El hecho de que los pacientes que acuden a las sesiones de tratamiento tengan un mayor porcentaje de éxito constituye una justificación evidente para realización.

Respecto a las características del programa, éste se planteó con el objetivo de mejorar la salud de los trabajadores y se buscó desde un principio el acuerdo con las fuerzas sociales; acuerdo que se recogió posteriormente en un documento consensuado con los sindicatos y en una declaración como “empresa libre de humo” por par-

te de la dirección. Los espacios libres de humo se definen como aquellos lugares en los que no se puede fumar en ningún sitio; sin embargo, se contempla la provisión de espacios para fumar como una medida transitoria<sup>10</sup>. La reducción del consumo es mayor cuando no existen áreas para fumadores<sup>4</sup>. Todo el programa se desarrolló siguiendo las fases recomendadas y con implicación importante del servicio médico de empresa, lo que sin duda contribuyó al buen resultado obtenido. En este sentido, nos parece obligado definir los objetivos de acuerdo con las características de la empresa, establecer un cronograma y cumplir todos los contenidos de las fases descritas<sup>16</sup>. Uno de los aspectos mejor valorados, tanto por la dirección como por parte de los trabajadores (aunque no se evaluó con ningún instrumento objetivo de medida) fue la excelente acogida del programa, incluidas las restricciones, que se adoptaron en su totalidad y no generaron ningún conflicto a pesar de la situación de partida (se podía fumar libremente en el puesto de trabajo). La ausencia de conflictos entre fumadores y no fumadores es otra de las ventajas de las intervenciones realizadas en el medio laboral<sup>19</sup>, aspecto que también se confirma en nuestro estudio. Todo ello pone de manifiesto que las restricciones en el entorno laboral son factibles y que su cumplimiento es un objetivo asequible en nuestro contexto sociocultural.

El impacto de este tipo de intervenciones ha sido analizado por la propia industria tabacalera, en cuyos documentos se recogen estimaciones de las cuantiosas pérdidas económicas que les ocasionaría el hecho de que los lugares de trabajo fueran libres de humos<sup>20</sup>. Por ello una de sus principales estrategias consiste en evitar y retrasar la prohibición de fumar en los espacios públicos, incluido el lugar de trabajo, y establecer dudas con argumentos "científicos" acerca del efecto nocivo del tabaquismo pasivo<sup>21-23</sup>.

Las restricciones para fumar son un componente importante de las políticas de control del tabaquismo, porque protegen a los no fumadores de los efectos adversos sobre la salud por inhalar humo de tabaco y facilitan la decisión de dejar de fumar en los fumadores<sup>24</sup>. Dejar de fumar tiene beneficios principalmente sobre la salud pública, pero también importantes beneficios económicos como resultado de una menor morbilidad, menor pérdida de días trabajados, mayor productividad y reducción de accidentes laborales y posibles siniestros, aspectos de mucho interés en el entorno laboral<sup>16</sup>. Actualmente España presenta una de las prevalencias de consumo de tabaco más altas de Europa, por lo que es obligado utilizar todos los escenarios posibles para la prevención y el tratamiento del tabaquismo. El entorno laboral supone un escenario oportuno para realizar este tipo de intervenciones, dados el enorme potencial que representa y la repercusión que puede tener en la salud pública.

### Agradecimientos

Nuestro agradecimiento a la empresa BSH Electrodomésticos España por la colaboración prestada para el desarrollo de este trabajo.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 2001. Avance de resultados. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002.
2. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: [www.ine.es](http://www.ine.es)
3. Fisher KJ, Glasgow RE, Terborg JR. Work site smoking cessation: a meta-analysis of long-term quit rates from controlled studies. *J Occup Med.* 1990;32:429-39.
4. Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *BMJ.* 2002;325:174-85.
5. Farrelly MC, Evans WN, Sfeekas AES. The impact of workplace smoking bans: results from a national survey. *Tob Control.* 1999; 8:272-7.
6. Parrot S, Godfrey C, Raw M. Costs of employee smoking in the workplace in Scotland. *Tob Control.* 2000;9:187-92.
7. Jeffery RW, Forster JL, Dunn BV, French SA, McGovern PG, Lando HA. Effects of work-site health promotion on illness-related absenteeism. *J Occup Med.* 1993;35:1142-6.
8. Hammond K, Sorensen G, Youngstrom R, Ockene JK. Occupational exposure to environmental tobacco smoke. *JAMA.* 1995;274: 956-60.
9. Borland R, Pierce JP, Burns DM, Gilpin E, Johnson M, Bal D. Protection from environmental tobacco smoke in California. The case for a smoke-free workplace. *JAMA.* 1992;268:749-52.
10. Van den Borne I, Raaijmakers T, editors. Smoke free workplaces. Improving the health and well-being of people at work. European Status Report 2001. Bruxelles: European Network for Smoking Prevention, 2002.
11. González-Alonso J, Salvador T, Villalbí JR. El reto del control del tabaquismo en el lugar de trabajo. *Rev Esp Salud Pública.* 2003;77:1-2.
12. Nerín I, Guillén D, Más A, Nuviala JA, Hernández MJ. Evaluación de una intervención sobre tabaquismo en el medio laboral: experiencia en una empresa de 640 empleados. *Arch Bronconeumol.* 2002;38:267-71.
13. Artazcoz L, Brotons M, Brotons A. Impacto de la implantación de una política de trabajo libre de humo en una empresa. *Gac Sanit.* 2003;17:490-3.
14. Barrueco M, Hernández-Mezquita MA, Calvo A, García MJ, Rodríguez M, Torrecilla M, et al. Resultados del primer programa para la reducción de tabaquismo en los trabajadores del Ayuntamiento de Salamanca. España. *Rev Esp Salud Pública.* 2002;76:37-8.
15. Boyle P, Gandini S, Robertson C, Zatonski W, Fagerström K, Slama K, et al. Characteristics of smokers' attitudes towards stopping. *Eur J Public Health.* 2000;10:5-14.
16. Nerín I, Más A, Crucelaegui A, Guillén D. Programas de prevención del tabaquismo en el entorno laboral. En: Barrueco M, Hernández-Mezquita M, Torrecilla M, editores. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo, Madrid: Ergon, 2003; p. 289-310.
17. Guallar Castellón P, Lafuente Urdinguio P, Garteizurrekoa Dublang P, Sainz Martínez O, Díez Azcárate JI, Foj Alemán M, et al. Probabilidad de éxito en el abandono del tabaco en el curso de dos intervenciones sencillas para dejar de fumar. *Rev Esp Salud Pública.* 2003;77:117-24.
18. Lerman CL, Kaufmann V, Rukstalis M, Patterson F, Perkins K, Audrain-McGovern J, et al. Individualizing nicotine replacement therapy for the treatment of tobacco dependence. *Ann Intern Med.* 2004;140:426-33.
19. Raaijmakers T, Van de Borne I. Relación coste-beneficio de las políticas sobre consumo de tabaco en el lugar de trabajo. *Rev Esp Salud Pública.* 2003;77:97-116.
20. Soto-Mas F, Villalba JR, Granero L, Jacobson H, Balcazar H. Los documentos internos de la industria tabaquera y la prevención del tabaquismo en España. *Gac Sanit.* 2003;17 Supl 3:9-14.
21. Bryan-Jones K, Bero LA. Tobacco industry efforts to defeat the occupational safety and health administration indoor air quality rule. *Am J Public Health.* 2003;93:585-92.
22. Muggli ME, Forster JL, Hurt RD, Repace JL. The smoke you don't see: uncovering tobacco industry scientific strategies aimed against environmental tobacco smoke policies. *Am J Public Health.* 2001;91:1419-23.
23. Dearlove JV, Bialous SA, Glantz SA. Tobacco industry manipulation of the hospitality industry to maintain smoking in public places. *Tob Control.* 2002;11:94-104.
24. Bero LA, Montini T, Bryan-Jones K, Mangurian C. Science in regulatory policy making: case studies in the development of workplace smoking restrictions. *Tob Control.* 2001;10:329-36.